FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — N° —

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 1er juin 1904, à 1 heure*

Par J. **RENAULT**

DE LA

# GASTRO-ENTÉROSTOMIE

## DANS L'ULCÈRE DU DUODÉNUM

*Président :* M. TERRIER, *professeur.*

*Juges :* MM. PINARD et TILLAUX, *professeurs.*
BROCA (Aug.), *agrégé.*

*Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26
1904

# FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. DEBOVE. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | P. POIRIER |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et chimie minérale | GAUTIER. |
| Histoire naturelle médicale | BLANCHARD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD. |
| Pathologie médicale | HUTINEL. BRISSAUD. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | CORNIL. |
| Histologie | Mathias DUVAL. |
| Opérations et appareils | N... |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | GILBERT |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | BROUARDEL. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | DEJERINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée | N.... |
| Clinique médicale | HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY. |
| Maladies des enfants | GRANCHER. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND. |
| Clinique chirurgicale | TERRIER. LE DENTU. TILLAUX. BERGER. |
| Clinique opthalmologique | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | GUYON. |
| Clinique d'accouchements | BUDIN. PINARD. |
| Clinique gynécologique | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON. |

*Professeurs honoraires:* MM. JACCOUD, FOURNIER, FARABEUF *et* DUPLAY

## Agrégés en exercice.

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| ACHARD | FAURE | LEGUEU | TEISSIER |
| AUVRAY | GILLES DE LA TOURETTE | LEPAGE | THIERY |
| BESANÇON | GOSSET | MARION | THIROLOIX |
| BONNAIRE | GOUGET | MAUCLAIRE | THOINOT |
| BROCA (Aug.) | GUIART | MERY | VAQUEZ |
| BROCA (André) | HARTMANN | POTOCKI | WALLICH |
| CHIASSEVANT | JEANSELME | REMY | WALTHER |
| CUNEO | LANGLOIS | RENON | WIDAL |
| DEMELIN | LAUNOIS | RICHAUD | WURTZ |
| DESGREZ | LEGRY | RIEFFEL (chef des trav. anat.) | |
| DUPRE | | | |

*Le Secrétaire de la Faculté* : M. GRISEZ.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MEMOIRE DE MA MERE

MON PÈRE ET A MA SECONDE MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine
de Paris.
Membre de l'Académie de médecine.
Commandeur de la Légion d'honneur.

# INTRODUCTION

Le traitement de l'ulcère duodénal a été jusqu'à ces dernières années presque exclusivement confié à la médecine, les quelques cas de traitements chirurgicaux de cette affection ont été quelque peu laissés dans l'ombre. Le 19 janvier 1898 à la Société de chirurgie, M. Tuffier s'élevait contre l'habitude prise jusqu'alors d'abandonner à leur malheureux sort les malades atteints d'ulcère du duodénum, soit simple, soit compliqué de perforations et d'hémorrhagies, et que le traitement médical n'avait pu sauver.

Dans sa thèse sur l'*Étude clinique et le traitement de l'ulcère du duodénum,* thèse dans laquelle j'ai puisé nombre de renseignements, Ladevèze, de Lyon, cite ces paroles de Mikulicz, de Berlin, à propos du rôle du chirurgien dans l'ulcère duodénal :

« 1° Le rôle du chirurgien commence sitôt que la thérapeutique médicale s'est montrée manifestement insuffisante à enrayer la marche de la maladie ;

« 2° Le patient risque beaucoup plus en comptant sur la guérison naturelle de son mal qu'en se mettant entre les mains du chirurgien. »

A part quelques indications spéciales pour lesquelles il préfère la gastro-entérostomie, Ladevèze conclut en faveur de la duodénoplastie, opération qui rétablit le calibre de l'intestin sténosé par l'ulcère et que son maître M. Jaboulay avait pratiquée avec succès à Lyon en 1899.

Dans son bel ouvrage sur la gastro-entérostomie, paru en 1904, M. le professeur Monprofit, d'Angers, conclut en faveur de la gastro-entérostomie comme traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum : « L'ulcère du duodénum, dit-il, est évidemment une indication rationnelle de la gastro-entérostomie, et il n'est pas douteux que d'ici quelques années on publiera de nouveaux cas, de ce genre, surtout quand on aura trouvé le moyen de diagnostiquer à l'avance cette curieuse maladie. »

C'est cette étude de la gastro-entérostomie appliquée au traitement de l'ulcère du duodénum que nous avons voulu entreprendre, sur les conseils de notre maître M. le Dr Delagénière, du Mans.

Dans un premier chapitre historique, nous étudierons tous les cas publiés sur ce sujet tant à l'étranger qu'en France ; un second chapitre contiendra toutes les observations, celles de l'étranger traduites aussi littéralement que possible ; nous terminerons enfin en discutant les indications de la gastro-entérostomie après avoir passé très rapidement en revue les différents traitements appliqués à l'ulcère du duodénum.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements les plus sincères à nos

anciens maîtres de l'Ecole d'Angers dont la science et le dévouement nous ont soutenu dans les débuts parfois arides de la médecine.

Que M. le professeur Monprofit reçoive ici tout particulièrement l'hommage de notre profonde reconnaissance. Depuis le jour où nous l'avons connu, il a été pour nous plus qu'un maître, il a été un ami dont les conseils ne nous ont jamais fait défaut un instant.

Avec lui nous sommes heureux de remercier MM. les professeurs Legludic, directeur de l'École d'Angers, Thibault, Jagot, Mareau, Martin, Brin qui nous ont enseigné les premiers éléments de clinique médicale et chirurgicale.

A Paris nous n'oublierons pas l'amabilité que nous a toujours témoignée M. le professeur agrégé Legry dont nous avons été un an l'externe, ses leçons et ses avis nous ont toujours été d'un grand profit et nous n'avons jamais manqué de le revoir avec une réelle satisfaction. Que M. le Dr Fauquez, son assistant, veuille bien recevoir une part égale de nos remerciements.

M. le Dr H. Delagénière, du Mans, nous a fourni le sujet de cette thèse et aidé de ses conseils, ainsi que son ami M. le Dr Marcel Baudouin de Paris, qu'ils reçoivent ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Enfin que M. le professeur Terrier accepte tous nos remerciements et soit assuré de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en voulant bien présider notre thèse.

## CHAPITRE I

### Historique

La première publication d'un cas de gastro-entérostomie appliqué à un ulcère duodénal est due à Rydigier en 1884. Son malade était extrêmement affaibli par les vomissements de sang et malgré cela Rydigier crut bon d'essayer sur lui le traitement médical. Ce traitement ne réussit pas et l'opération fut décidée quand il fut évident que rien autre chose ne pourrait sauver le malade. Nous avons donc affaire ici à un cas d'extrême urgence où le chirurgien eut pour ainsi dire la main forcée : vomissements de sang et melœna, extrême faiblesse du malade, nous retrouverons du reste ces deux indications à maintes reprises. L'opération fut la gastro-entérostomie antérieure par le procédé de Wolfler. Le malade guérit très bien.

Dans sa *Chirurgie de l'estomac et du duodénum* Doyen mentionne quatre cas d'ulcère du duodénum

traité par la gastro-entérostomie. Dans la premier nous retrouvons les hématémèses fréquentes et la faiblesse causée par la sténose de l'intestin, de plus le malade souffre violemment au niveau de son ulcère.

Le deuxième malade est un malade *in extremis* que des séries d'hémorrhagies ont amené à cet état.

Le troisième « faillit succomber plusieurs fois par suite d'hématémèses et surtout de melœna d'une extrême abondance. » Quant au quatrième, seul il ne vomit pas de sang mais de la bile ; les vomissements sont périodiques et les aliments séjournent longtemps dans l'estomac, signes de sténose. Dans les deux premiers cas gastro-entérostomie postérieure transméso-colique ; dans le troisième, pas de mention, dans le quatrième gastro-entérostomie antérieure. Résultats, 3 guérisons et 1 mort chez le malade cachectisé qui s'affaiblit progressivement.

Dans sa thèse soutenue en 1893 sur le traitement des affections de l'estomac et du duodénum, Loche cite une observation qui ressemble dans ses grandes lignes à la deuxième de Doyen. Dans l'impossibilité où nous avons été de voir si nous avions affaire au même malade nous avons cru de notre devoir de le reproduire intégralement : malade *in extremis*, hématémèses incoercibles, gastro-entérostomie rétro-coliques, mort dans les 48 heures (1).

1. M. le Dr Monprofit dans son Traité de la gastro-entérostomie prétend que ces deux observations ne correspondent pas au même cas.

En 1898 Codivilla, dans le *Bulletin des sciences médicales*, publie 4 cas d'ulcères du duodénum traités par la gastro entérostomie. Dans la première observation il s'agit d'une femme dont les symptômes sont les suivants : douleur très vive au niveau de l'épigastre, vomissements sanguinolents, parfois sanglants, énorme dilatation gastrique. Codivilla pratique la gastro-entérostomie antérieure antecolique et la malade guérit très bien. Dans la seconde observation il est à noter que le malade avait obtenu un peu d'amélioration par un régime diététique, amélioration de courte durée il est vrai, mais qu'il est cependant utile de noter au point de vue du traitement. Les symptômes sont toujours les mêmes : douleur et vomissements de sang. Codivilla soumet son malade au traitement médical, mais celui-ci, *de lui-même*, parce qu'il en reconnaît l'inefficacité, insiste pour qu'on l'opère. Cette fois encore, c'est à la gastro-entérostomie antérieure antecolique qu'on a recours et le malade guérit parfaitement.

Sur la troisième observation, peu de détails, toujours mêmes symptômes, à noter seulement la gastro-entérostomie en Y employée cette fois-ci. Quatrième malade: Présente en plus des symptômes gastriques, douleur et vomissements de sang, une assez grande quantité de melœna. L'opération est faite encore cette fois par le procédé en Y de Roux et les suites auraient été bonnes si la tuberculose n'avait emporté le malade.

La même année, en 1898, Berg, dans le *Nord Médi-*

*cal Ark*, publie un cas d'ulcère du duodénum traité par la gastro-entérostomie. Chez ce malade on n'a pu faire qu'un diagnostic de probabilité ; il n'existe en effet que des troubles gastriques très prononcés il est vrai, avec douleur, mais sans vomissements de sang ni melœna ; le diagnostic ne put être fait qu'à l'ouverture de l'abdomen : Gastro-entérostomie post retro-colique, suites troublées par la suppuration de la plaie, guérison tardive mais complète.

Dans une observation de Rewidtzow, publiée en 1899 nous retrouvons les mêmes symptômes de la maladie, symptômes qui amenèrent le malade à se faire traiter chirurgicalement : douleur au niveau de l'épigastre, vomissements, mais provoqués par le malade et non spontanés, parfois sanguinolents, pas de melœna, forte dilatation stomacale avec mouvements péristaltiques apparents sur la paroi abdominale. L'opération fut la gastro-entérostomie antérieure par le procédé de Wolfler, les suites furent bonnes et le malade guérit.

Pagenstecher, en 1899, publie l'observation d'une malade qui souffrait de douleurs au niveau du pylore, vomissait ses aliments mêlés de sang et ne pouvait plus prendre aucune nourriture. Traitée longtemps par le régime diététique, la malade avait des alternatives de repos et de souffrances, mais à la fin, celles-ci devinrent si intolérables qu'elle dut recourir à la morphine.

Opérée par la gastro-entérostomie antérieure, elle dut à une faute ou à un oubli opératoire de voir sa guérison retardée et ce n'est qu'après une seconde opération qu'elle fut enfin guérie de son terrible mal.

L'observation publiée par Pantaloni de Marseille, en 1899 est particulièrement intéressante. Il s'agit d'un malade qui fut pris soudain de douleurs intolérables au niveau du creux épigastrique avec abondants vomissements de sang et melœna, ceci sans aucun antécédents, puis sous l'influence de la glace et des boissons froides, tout rentra dans l'ordre. Mais peu à peu, les douleurs et les vomissements reparurent et c'est dans un état de faiblesse et d'anémie extrêmes que le malade fut opéré. Pantaloni procéda à la gastro-entérostomie postérieure rétro-colique en Y et le malade guérit parfaitement.

Dans la thèse de Ladevèze (1900), nous trouvons énoncée en trois lignes, une observation de guérison par la gastro-entérostomie postérieure. Il y avait adhérences entre le foie, la vésicule biliaire et le duodénum, le tout formant tumeur et obstruant le pylore.

En 1902, Connell publie dans la *Lancet* l'observation d'un cas de perforation d'ulcère du duodénum traité par la gastro-jéjunostomie. Le malade avait des antécédents manifestes : douleur au creux épigastrique, dilatation de l'estomac, mais pas d'hématémèses ni de melœna. Au moment de son entrée à l'hôpital on pouvait observer tous les signes d'une perforation qui fut du reste découverte au niveau de la première portion du duodénum quand on ouvrit l'abdomen. On fit d'abord la fermeture de la perforation puis on referma l'abdomen. Un mois et demi après, les symptômes de sténose duodénale persistant, on pratique la gastro-jéjunostomie qui remit la malade complètement sur pied.

Egalement en 1902 Hoffmann de Kiel publie l'observation d'un malade atteint de sténose duodénale avec contracture. Traité à la clinique médicale il n'obtint qu'un soulagement passager. Puis peu à peu le malade s'affaiblit au point qu'une opération devint nécessaire A l'examen on sentait l'estomac dilaté et on apercevait des mouvements péristaltiques.

L'opération pratiquée fut la gastro-entérostomie rétro-colique postérieure et le malade sortit quelque temps après dans un état de santé parfaite.

Enfin dans notre thèse, nous publions deux observations inédites dues à l'obligeance de M. le Dr H. Delagénière du Mans. Dans la première il s'agit d'une femme alcoolique atteinte de troubles gastriques (douleur, vomissements sans pertes de sang) qui l'avaient amenée peu à peu à un état cachectique extrêmement accentué. Amené dans la clinique du Dr Delagénière elle fut opérée pour gastrite ulcéreuse avec sténose consécutive. A l'ouverture de l'abdomen on trouva une sténose du duodénum consécutive à un ulcère. L'opération pratiquée fut la gastro-entérostomie postérieure transméso-colique et la malade revint peu à peu à un état de santé fort satisfaisant.

Le second malade fut amené à la clinique du Dr Delagénière dans un état de cachexie très avancé, dû aux énormes pertes de sang (melœna) qu'il subissait depuis plus de cinq semaines. On pratiqua sur lui le gastro-entérostomie postérieure transméso-colique comme chez la malade précédente et presque aussitôt les résultats apparurent. Le malade put se nourrir d'aliments

liquides sans vomir, le mélœna disparut presque instantanément et, rentré chez lui, le malade se trouvait si bien guéri qu'il se remit à abuser de l'alcool sans que les symptômes de l'ulcère fissent leur réapparition.

En résumé sur 19 observations de gastro entérostomie pour ulcère du duodénum nous relevons 16 guérisons complètes et 3 morts ; mais ces chiffres ne sont qu'apparents, car sur ces 3 morts, une est due à l'extrême faiblesse du malade qui fut opéré *in extremis* la seconde que nous n'avons pu contrôler est peut-être une simple répétition de la précédente (obs. de la thèse de Loche comparée à la 2e de Doyen). Quant à la 3e mort (4e obs. de Codivilla) elle est due à la tuberculose qui emporta le malade peu de temps après l'opération. Nous pouvons donc dire que dans tous les cas où elle a pu le faire, la gastro-entérostomie a sauvé le malade d'une mort certaine soit par hémorrhagie, soit par cachexie.

De la lecture de ces observations on peut également tirer les symptômes qui conduisent à l'indication de la gastro-entérostomie, mais nous nous étendrons plus longuement sur cette question dans le dernier chapitre de notre thèse.

## CHAPITRE II

## OBSERVATIONS

**Observation I.** — *Un cas de gastro-entérostomie pour sténose du duodénum consécutive à un ulcère*, par M. Rydygier. Przeglad lek. Krakow. 1884, XXII, 249 d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. Berlin, 1884 XIII, 126-129.

Je présente ce malade pour vous démontrer que l'opération a été ici absolument nécessaire et présentait une indication capitale. Je dois ajouter à cette présentation que le malade est âgé de 20 ans et qu'il pesait avant l'opération 51 livres, afin de vous convaincre que son existence était absolument compromise et même n'aurait pas pu continuer avec cette affection. Il y a 4 ans à peu près, la maladie débuta par une sensation de pesanteur à l'estomac qui faisait soupçonner un ulcère du ventricule. Le symptôme prédominant était une série de vomissements de sang qui survenaient fréquemment. Ceux-ci cessèrent plus tard, mais les vomissements, fréquents après les repas, non seulement persistèrent, mais encore augmentèrent de plus en plus, de sorte que le malade arriva finalement à ne plus sup-

porter la plus légère nourriture. Il y a quelques semaines, les vomissements de sang reparurent, de sorte que le malade se vit obligé d'entrer dans ma clinique.

A ce moment (le 14 octobre 1883) le malade avait le même aspect qu'à présent. Après un examen minutieux, nous trouvâmes tous les organes sains à l'exception de l'estomac. La région stomacale était tuméfiée ; l'estomac était fortement dilaté et prolabé en bas, ce qui était facile à constater en remplissant l'estomac d'eau. Nous avons posé le diagnostic d'ulcère du pylore avec sténose consécutive de la portion pyloriqne et dilatation de l'estomac. Avant de proposer l'opération on a essayé de guérir le mal à l'aide de la pompe stomacale. Tant qu'on fit des lavages, les vomissements ne reparurent pas ; mais les selles restèrent comme avant paresseuses, se produisant tous les 3 à 5 jours et on fut même obligé de recourir de temps en temps aux purgatifs pour obtenir un résultat. Au bout de quatre semaines le malade se sentait mieux d'une façon générale, de sorte qu'il quitta la clinique sur sa demande. Mais peu de temps après, rentré chez lui, il ressentit à nouveau les anciennes pesanteurs et il retourna à la clinique en déclarant qu'il était cette fois-ci décidé à l'opération car il sentait qu'il ne vivrait plus longtemps de cette façon. Nous avons alors résolu de faire une résection du pylore. Après avoir préparé le malade et la salle d'opération de la façon indiquée dans ma publication *in Volkmann's Klinischen Vortrâgen Uber Pylorusresection*, je procédai à la laparotomie.

L'incision abdominale fut faite sur la ligne blanche, de l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic. A l'ouverture de la cavité abdominale, nous trouvâmes que l'ulcère siégeait non pas dans la portion pylorique, mais un peu plus loin vers le duodénum, un peu au-dessus de sa première courbure. Il n'y avait natu-

rellement pas à songer à l'extirpation. J'étais placé dans l'alternative d'interrompre la laparotomie ou de faire une gastro-entérostomie. Mais comme jusqu'à présent il n'y avait jamais eu d'indication de gastro-entérostomie, je voulus d'abord avoir la certitude absolue que sans cette opération, l'existence du malade était absolument impossible, afin de ne pouvoir me faire le reproche d'avoir soumis le malade à une opération qui exposait sa vie sans nécessité urgente. Je fermai donc la plaie qui guérit sans aucun incident et le malade fut de nouveau traité par des lavages de l'estomac. Comme il suivait une diète rigoureuse, son état général était supportable, il augmenta même de poids et les vomissements cessèrent complètement. Nous lui apprîmes à introduire la pompe lui-même et il allait quitter la clinique, lorsqu'il tomba gravement malade à la suite d'un écart de régime ; il fut alité pendant 4 jours sans réagir aucunement. Ce n'est que lorsqu'on lui frappait sur le ventre qu'il paraissait réagir, autrement, il gisait inanimé les yeux fermés ; on était obligé de lui introduire quelques aliments et deux fois son pouls devint tellement mauvais que l'assistant de garde fut obligé de lui faire une injection d'huile camphrée. Toutefois, il revint à lui et nous acquîmes alors la conviction qu'il n'y avait même pas à songer à une vie végétative pour ce malade et que toute contre-indication à une opération urgente devait être définitivement écartée.

D'ailleurs le malade réclamait lui-même l'opération.

Nous y procédâmes le 13 mars courant.

L'incision abdominale fut faite sur l'ancienne cicatrice.

Comme celle-ci avait, dans son tiers supérieur, contracté des adhérences partielles avec la surface du foie légèrement abaissée, l'incision dut être prolongée en bas jusqu'au-dessous de l'om-

bilic. Nous avons alors recherché d'après la méthode de Wolfler le pli duodéno-jéjunal que nous trouvâmes facilement en soulevant le côté gauche du grand épiploon en même temps que le côlon transverse.

De cette façon il a été également facile de fixer le bout afférent de l'intestin et de le marquer, ce qui est important pour la suture ultérieure de l'estomac.

Nous descendîmes environ 0 m 40 le long de l'intestin et à l'aide de nos compresseurs, nous sortîmes environ 0 m. 10 de l'intestin à l'endroit où nous voulions faire l'ouverture. Cette portion de l'intestin avait été préalablement vidée de son contenu à l'aide des doigts. Les compresseurs ont été introduits dans le mésentère avec précaution pour ne pas léser les plus petits vaisseaux. Nous fîmes alors une ouverture de 5 centimètres de long, dans la convexité de la paroi intestinale, avec les ciseaux. Un assistant releva de la paroi antérieure de l'estomac un pli d'environ 8 centimètres de long. Ce pli se trouvait près de la grande courbure, mais éloigné d'elle d'environ 4 centimètres de sorte que les artères coronaires s'étaient déjà divisées en petit rameaux, ceci afin d'empêcher une hémorrhagie grave de la paroi stomacale. Aucune ouverture n'a été pratiquée dans le pli au préalable, le bord postérieur de la plaie fut d'abord suturé au pli de l'estomac par le procédé de Kürschner, lequel se servait du procédé de Lembert pour la séreuse et la musculeuse.

C'est alors seulement que le pli de l'estomac est incisé en long. à 5 centimètres environ de la suture déjà posée ; toutes les artères saignantes sont liées à l'aide de catgut fin. Puis, par un second étage de sutures (également d'après Kürschner) sont suturés ensemble d'abord les bords postérieurs de la plaie, muqueuse de l'estomac et de l'intestin avec le même fil, les

bords antérieurs des muqueuses sont également suturés. Ensuite on pose le suture de Czerny sur les bords antérieurs de la plaie, également suture de Kürschner, finalement vient le troisième rang de sutures boutonnées. Ainsi la paroi postérieure a eu deux rangées de sutures, la paroi antérieure trois rangées ; le catgut phéniqué avait servi pour les sutures. Finalement le bout afférent de l'intestin a été suturé par trois points de suture à la paroi antérieure de l'estomac afin de prévenir la circulation vicieuse du contenu gastro-intestinal. Fermeture de la plaie abdominale par sutures boutonnées tantôt profondes, tantôt superficielles ; pansement antiseptique au sublimé.

De l'histoire ultérieure il reste à noter que le patient a été très faible ; pas de fièvre jusqu'au cinquième jour, à ce moment apparition d'une parotidite droite ; T. = 39° ; incision cinq jours plus tard ; changement de pansement le huitième jour ; petit abcès de la paroi abdominale provenant d'un canal de sutures ; décubitus sacré. Malgré tout, le malade recouvre lentement mais progressivement ses forces. Depuis l'opération pas de vomissements et en dehors d'une selle provoquée le dixième jour par un lavement, le malade a eu depuis des évacuations régulières une à deux fois par jour. Aujourd'hui, cinq semaines après l'opération, le malade a déjà bien meilleure mine qu'avant l'opération.

**Observations II, III, IV et V.** — Doyen. — *Chirurgie de l'estomac et du duodénum*, p. 332, 338, 341, (4 obs.).

H..., 40 ans. *Ulcère calleux du pylore et du duodénum. Sténose consécutive.* Drs Foulon et Ravaud (9 juin 1892).

Début à l'âge de 18 ans. Hématémèse à 22 ans. Depuis cette époque, tous les symptômes de l'ulcère rond. Plusieurs hématémèses presque mortelles. Régime lacté permanent. Signes de sténose pylorique progressive. Le malade vient d'avoir une nouvelle hématémèse très copieuse et souffre de douleurs violentes. Faiblesse extrême.

*Laparotomie.* — Le pylore et la première portion du duodénum sont transformés en une énorme masse calleuse adhérente aux organes voisins. Le rétrécissement a 8 centimètres de long. La première anse du jéjunum est herniée au travers d'une boutonnière du méso-côlon transverse et nous pratiquons la gastro-entérostomie à la face postérieure de l'estomac, près de la grande courbure. Les sutures terminées, le jéjunum est attiré au-dessous du méso-côlon et le pourtour de l'orifice gastrique fixé aux lèvres de la boutonnière mésentérique.

*Guérison.* — Les douleurs sont disparues depuis l'opération. Le malade mange comme tout le monde, a repris des forces et n'a plus eu d'hématémèses.

2) H..., 40 ans. — *Ulcère du duodénum.* — Drs Knœri et Luton (25 juillet 1892).

Le malade nous est amené *in extremis* par le Dr Knœri après une série d'hémorrhagies copieuses (hématémèses et melœna). Il venait d'être soigné par le Dr Luton qui lui faisait suivre sans succès son « traitement spécifique du cancer » par les sels de cuivre.

Diagnostic : ulcère de l'estomac.

Laparotomie : Le pylore est sain. Induration et adhérences profondes à l'union de la première et de la deuxième portion du duodénum. Lésions inflammatoires manifestes. — Gastro-

entérostomie transmésocolique. — Mort (affaiblissement progressif).

3) H..., 32 ans. — *Gastrite alcoolique. Ulcère du duodénum.* Dr Gibert, (9 décembre 1893).

Crises gastralgiques et vomissements alimentaires depuis plusieurs années. Le malade a failli succomber plusieurs fois par suite d'hématémèses et surtout de melœna d'une extrême abondance.

Laparotomie. Adhérences entre la petite courbure et le foie. les lésions siègent particulièrement au niveau de la première et de la deuxième portion du duodénum dont l'exploration digitale est seule possible.

Gastro-entérostomie. — Guérison.

4) F..., 28 ans. — *Sténose duodénale.* — Dr Boudaud. 11 mars 1873.

Vomissements presque continuels depuis 6 à 7 ans. Parfois le malade cesse de rendre pendant 8 à 15 jours. Le séjour des aliments dans l'estomac est alors de 10 à 12 heures. Dilatation de l'estomac. Anachlorhydrie. Présence habituelle de la bile dans l'estomac. Diagnostic : sténose duodénale.

Laparotomie. — Aucune lésion des régions accessibles de l'estomac et du duodénum. Section transversale du pylore, fermeture en cul-de-sac de l'estomac et du duodénum.

Gastro-entérostomie antérieure. — Guérison.

**Observation VI.** — Loche (*Thèse Paris*, 1893). — *Essai sur le traitement des affections de l'estomac et du duodénum*

Observation XIII. — Homme 40 ans. Atteint d'un ulcère de la deuxième portion du duodénum. Hématémèses incoercibles Adynamie.

*Laparotomie.* — Pylore sain. Induration non néoplasique de la deuxième portion du duodénum. Gastro-entérostomie rétro-colique.

Ce malade opéré *in extremis*, meurt dans les 48 heures.

**Observations VII, VIII, IX et X.** — Codivilla (A ) 1898. *Considérations sur 40 cas de chirurgie pratique*, 1898. *Bullett. delle Sçienze mediche*, *Anno* LXX Ser : 7 vol. IX et X, 1 à 44 et 651 à 717.

1) *Ulcère et sténose duodénale. Gastro-entérostomie. Guérison.* — Dominique Bagl..., 42 ans, de Capolona, journalière. Rien du côté héréditaire. En bonne santé jusqu'il y a 12 ans encore ; avait 19 enfants, nés en bonne santé, dont 7 sont encore vivants et bien robustes. Il y a 12 ans, elle commence à souffrir de l'estomac. Douleurs très vives au niveau de l'épigastre après les repas, digestion difficile et pénible. La douleur devient maximum 3 ou 4 heures après le repas, puis quelque temps après se produisent des vomissements avec matières très acides. Les vomissements qui au début survenaient tous les 5 ou 6 jours se renouvellent depuis 2 ans 3 ou 4 fois par jour. La malade déclare qu'elle vomit tout ce qu'elle prend. Fréquemment, dit-

elle, se trouvait dans ses vomissements du sang de couleur rouge foncé, parfois en quantité assez grande. Elle avait été soignée dans différents hôpitaux s'était adressée à différents médecins et suivait un régime diététique, mais sans aucun résultat. Elle est admise à l'hôpital de Castiglione le 4 septembre 1893.

Etat actuel. — Femme anémique notablement amaigrie, de taille plutôt petite. Poids du corps : 42 kilogrammes. L'estomac étant gonflé, on observe une gastroectasie notable, puisque le bord inférieur du viscère arrive à 5 centimètres du pubis. Le bord supérieur est dans une situation normale. Pas d'augmentation de résistance à la palpation. Les urines recueillies dans la journée sont de 500 grammes en moyenne, normales. Vomissements très acides avec quantité assez considérable d'acide chlorhydrique libre et avec des acides organiques.

Diagnostic. — *Ulcère de la région pylorique avec sténose.* — Le 8 septembre, gastro-entérostomie antérieure antecolique. Incision abdominale dans la région médiane épigastrique. On constate que l'orifice pylorique est normal. Le duodénum est altéré et il est impossible de déplacer la partie lésée qui se trouve profondément immobilisée. On prolonge donc l'incision des parois abdominales de 10 centimètres au-dessous de l'ombilic et on exécute la gastro-entérostomie comme dans les autres cas. Durée de l'opération : 1/2 heure.

Suites de l'opération. — Dans les deux premiers jours, quelques vomissements bilieux pour ainsi dire insignifiants avec un peu de météorisme. Au troisième jour, le bien-être est complet. Guérison par première intention. Le dix-huitième jour enfin la malade quitte la clinique. En 1896, le Dr Gherardi la trouve dans les meilleures conditions de santé.

2) *Ulcère duodénal sans sténose de l'intestin. Gastro-entérostomie. Guérison.* — Alcol... Fortunio, 40 ans, de Tiberina (Arezzo), ouvrier, fils d'inconnus, faible et maladif.

La maladie débuta il y a 15 ans et, dès le début, les principaux symptômes furent ceux des ulcères. Les douleurs épigastriques s'irradiaient vers le dos et commençaient toujours 5 à 6 heures après le repas ; le maximum avait lieu la nuit. Vomissement presque quotidien, extrêmement acide, souvent mêlé de bile et de sang. Dans les fèces quelquefois on trouve des quantités considérables de sang couleur foncée, mélangé intimement avec les matières. Pendant son séjour dans les hôpitaux où il était soumis à un régime diététique convenable il avait obtenu un peu d'amélioration Il entre à l'hôpital de Castiglione le 14 mars 1893.

État actuel. — L'individu est de grande taille, amaigri, très pâle. Poids : 54 kilogrammes. Léger degré d'ectasie gastrique. Douleur excessive à la palpation de la région épigastrique, spécialement sur la ligne médiane. Vomissements contenant de l'acide chlorhydrique et des acides organiques en abondance, quelquefois une quantité assez forte de bile et du sang.

Diagnostic. — *Ulcère gastrique.* — Traitement médical — Lavages gastriques pendant quelques jours, alimentation rectale, puis buccale, sel de Carlsbad, sous-nitrate de Bi, et aliments liquides (lait, œufs, bouillon). Au moyen de ce traitement le malade cesse de vomir et augmente même de 2 kilogrammes ; cependant la douleur épigastrique persiste avec intensité. Le malade ayant déjà essayé autrefois l'inefficacité du traitement médical et diététique, insiste de plus en plus pour qu'on le soumette à un traitement chirurgical.

*22 mai 1893.* — Gastro-entérostomie antérieure antéco-

LIQUE. — Incision abdominale de 20 centimètres. On explore l'estomac pour reconnaître le siège de l'ulcère, avec l'intention, si c'était possible, de l'extirper. On ne trouve rien dans la paroi antérieure ; pour explorer la paroi postérieure, après avoir placé la main droite sur le grand épiploon et le côlon transverse, on pousse le mésocôlon contre l'estomac pour faire passer de la sorte, petit à petit, tout le viscère entre la main gauche placée au-dessus et la droite au-dessous. On ne rencontre pas d'ulcère. Cependant à deux doigts du pylore, on trouve le duodénum transformé sur une longueur d'à peu près 5 centimètres en un amas de surface et de résistance irrégulière, dure en certains points, avec adhérences au foie en dessus et en dessous, adhérent également avec le côlon transverse et le ligament gastro-côlique. Je pensais donc qu'il serait utile et avantageux d'ouvrir une nouvelle voie de dégagement du contenu gastrique et je pratiquai une gastro-entérostomie. Les modalités de l'acte opératoire sont les mêmes que précédemment. Durée de l'opération : 1/2 heure.

SUITES DE L'OPÉRATION. — Bonnes sous tous les rapports. Le neuvième jour, le malade est soumis à la nourriture commune de l'hôpital. Le onzième jour, jour où il quitte le lit, vomissements provenant peut-être de mauvaises digestions, aucune sensation douloureuse. Il quitte l'hôpital vingt-deux jours après. Poids du corps : 61 kilogrammes. *Cinq mois après* : Le malade, dans une lettre qu'il m'adresse, me raconte que depuis son départ de l'hôpital, il se trouve presque toujours très bien et a pu reprendre son travail. Les douleurs ressenties avant l'opération ont presque complètement disparu. Seulement lorsqu'il absorbe une quantité d'aliments un peu plus grande qu'à l'ordinaire, difficiles à digérer, il ressent alors un tiraillement

intense dans la région épigastrique, en rapport avec la cicatrice et parfois lorsque son estomac se trouve surchargé, il lui survient des vomissements, mais ceux-ci ne contiennent pas de sang. Le Dr Maggi m'écrit maintenant que mon malade est dans des conditions parfaites de santé.

3) *Ulcère ouvert et sténose de la première portion du duodénum. Gastro-entérostomie. Guérison.* — José de Florence, 35 ans, moine. Troubles de l'estomac (inappétence, poids et douleurs épigastriques, éructations) depuis déjà très longtemps, et devenus plus intolérables depuis 10 mois. Pendant cette période, vomissements même à plusieurs reprises dans la journée, souvent mêlés de sang, amaigrissement. Entré à l'hôpital le 13 décembre 1897. Vomit quantité de substance acide, avec HCl libre, mais sans acide lactique. L'eau du lavage gastrique revient une fois avec beaucoup de bile et des traces de sang. L'estomac n'est pas dilaté. *Opération le 18 décembre 1897.* Le pylore est dilaté, sur le duodénum à peu de distance de celui-ci (4 centimètres environ), on constate des adhérences avec le foie. Cette portion du viscère est aussi indurée et sténosée. Gastro-entérostomie en Y. Suites normales. Guérison complète des troubles gastriques, persistant encore actuellement. Le malade a augmenté de 6 kilogrammes.

4) *Ulcère ouvert du duodénum. Exclusion du duodénum et gastro-entérostomie. Guérison.* — Louis T. de Ymola, 52 ans, menuisier. Malade depuis 4 ans. Depuis 2 ans, troubles dyspeptiques et douleurs dans la région épigastrique, mais sans vomissement. Régime lacté. Ensuite vomissements sanguinolents, deux fois de suite perte de sang considérable. Le malade

entre alors à l'hôpital où il est traité dans la section de médecine. Amélioration pendant un an, puis nouvelle rechute qui l'oblige à un long régime lacté, mais sans beaucoup de résultats. Depuis quelques mois, les douleurs deviennent plus fortes à l'épigastre et dans le dos, inappétence, vomissements de bile et de sang, de plus amaigrissement très considérable. Les matières fécales sont très épaisses et noircies par le sang.

Entre à l'hôpital le 30 avril 1898. Homme de taille moyenne, très amaigri et anémique. Poids : 5 kg. 900. L'estomac est peu dilaté et l'épigastre comme renfoncé. Palpation douloureuse, pas de résistance anormale. Le lavage de l'estomac donne de la bile et un peu de sang. Après le repas d'essai, le contenu gastrique acide est égal à 0,25 avec HCl libre. Pas d'autre lésion viscérale.

*Opération le 5 mai 1898.* — Adhérences très fortes entre le duodénum, le pylore et le foie. Dans la région pancréatique du duodénum la résistance est augmentée. L'estomac dans la région pylorique est immobilisé par les adhérences. Pour rendre moins faciles les hémorrhagies, pour mettre en repos le duodénum et spécialement pour rendre la mobilité à l'estomac, on exclut le pylore d'avec la partie de l'estomac correspondant à l'antre prépylorique et l'on fait la fermeture séparée des deux parties du viscère. Gastro entérostomie en Y.

Les suites de l'opération sont normales en ce qui concerne la région opérée Le cinquième jour au soir, légère élévation de la température, 38°2, qui persiste. A l'auscultation on constate des signes de condensation pulmonaire en haut de la région scapulaire gauche, ces signes envahissent peu à peu le poumon. Le malade quitte l'hôpital dans cet état le 23 juillet 1898. Mais l'état de sa poitrine s'aggrave de plus en plus et il meurt dans

un service de médecine le 5 septembre 1898. Depuis le jour de l'opération, le malade n'avait plus eu aucun trouble gastrique et il mangeait même des aliments d'une digestion difficile.

A l'autopsie, on constate dans la portion sus-vatérienne du duodénum un rétrécissement de la lumière de l'intestin et une cicatrice ronde à peu près de la grandeur d'un centime. Les résultats de l'anastomose opératoires sont absolument parfaits. Tuberculose diffuse du poumon gauche et du sommet droit.

**Observation XI.** — Berg (I). 1898. — *Ulcère du duodénum avec sténose du pylore. Dilatation du ventricule et de l'épigastre. Gastro-entérostomie post rétro-colique. Nord Médical Ark Stockholm*, n. F. IX n° 22-1-58.

Le malade, actuellement âgé de 39 ans, aimait les plats excessivement chauds, mangeait toujours rapidement et mastiquait très mal ce qu'il mangeait. A l'âge de 17 ans, il a soudainement la sensation d'une piqûre au creux de l'estomac et il ressent comme un gonflement à ce niveau. Cette sensation se renouvelle après le repas et, quelques jours après, tout redevient normal. Un peu avant ces phénomènes, il était tombé d'un arbre et à la suite de cet accident son urine s'était foncée et sa peau s'était colorée en jaune. Six mois après la première attaque, une nouvelle attaque se produit et depuis, au printemps et à l'automne, ces troubles se renouvellent.

Au mois de septembre 1897, il éprouve des douleurs violentes dans l'hypochondre droit et, pendant la nuit, de la tension dans l'estomac. Ce dernier au toucher semble dur comme du bois. Inappétence, éructations acides et vomissement après chaque repas, douleurs tout près du bord costal droit de la ligne

mamillaire, mais jamais ces douleurs ne se produisent tout de suite après le repas ou quand l'estomac est gonflé ; jamais non plus de sang dans les vomissements. Les selles ne sont jamais noires, bien que très dures. Ces symptômes se manifestent jusqu'au mois d'avril 1898.

Dès cette époque les vomissements cessent et les douleurs diminuent. Cependant le patient restait alité et maigrissait à vue d'œil. Au printemps de 1879, l'urine était de couleur brun jaunâtre et il en fut de même pendant tout l'hiver. La peau n'était pas jaune.

État actuel. — Homme vigoureux. Épigastre légèrement turgescent, indolore. La grande courbure se trouve à deux doigts au-dessus de la ligne ombilicale et coupe le milieu de l'arc costal gauche au niveau de la ligne mamillaire. Le repas d'essai donne un suc gastrique opalescent avec une acidité totale 0,14. L'opération se pratique le 13 mai. L'estomac est fortement tiraillé vers la droite. Des adhérences fixent le pylore et la portion horizontale du duodénum à la partie limitrophe de la petite courbure jusqu'à la « fixura coli hepatica. » Dans cette direction rayonnent deux cordons blancs après le débridement desquels, l'estomac peut être attiré plus facilement. L'antre pylorique est considérablement agrandi, du reste sans changement. Directement à droite du pylore, le duodénum est très épaissi, dur et moins élastique. Le pylore est visiblement rétréci et anormalement rigide.

*Gastro-entérostomie post rétro-colique.* — Le decursus de l'opération a été troublé par une bronchite fiévreuse. La plaie abdominale devient le siège d'une infection, on est obligé de la drainer et d'y ajouter quelques incisions latérales. De plus, il se forme pour comble un empyème du côté gauche, traité par la

résection de la cinquième côte. Entre temps, l'estomac rendait de bons services. Les anciens troubles avaient disparu et le malade quitta l'hôpital absolument guéri le 8 juillet.

Dans ce cas, soit par le siège de la douleur, sa naissance précoce, soit par l'absence d'hématémèses, on établit un diagnostic *de probabilité*. Le cas doit être classé dans la catégorie de ceux où le rétrécissement cicatriciel siège en première ligne. Ce qui surprend, c'est le rétrécissement du pylore, il ne s'agissait pas à proprement parler d'un spasme réflexe, mais bien d'une complexité de l'infiltration duodénale attribuée aussi à l'ictère passager, on avait affaire par conséquent à un processus cicatriciel du tissu conjonctif.

**Observation XII.** — *Un cas de sténose du duodénum* (Diagnostic et traitement), par P. M. Rewidtzow, Meditz, Obozr, 1899. Janvier, p. 175-180.

Il s'agit d'un malade âgé de 48 ans, paysan, entré dans le service le 24 décembre 1897, avec les antécédents suivants. Son père est bien portant, sa mère est morte à un âge avancé, son frère et ses sœurs n'ont jamais eu de maladie sérieuse. Le malade a toujours habité la campagne, sauf à l'époque où il faisait son service militaire (de 23 à 29 ans) ; en été il faisait le métier de berger, en hiver il se livrait aux travaux du ménage. A la campagne, il jouissait d'une bonne santé. A l'âge de 20 ans, il a eu la fièvre typhoïde. Pendant son service militaire, il souffrait souvent des yeux et il a eu une fois une dyspepsie qui dura cinq jours et consistait en vomissements et renvois fétides, accompagnés de douleurs spasmodiques dans le ventre ; en outre, il a eu pendant un mois entier la fièvre des marais.

A peu près cinq ans après son service militaire, il a eu parfois des nausées en même temps que des douleurs dans le ventre qui duraient chaque fois un ou deux jours, mais pas davantage. Il y a sept ans, le malade avait ressenti de la courbature dans tout le corps, à laquelle s'ajoutèrent bientôt un sentiment de pression et des douleurs dans le ventre plus constantes qu'auparavant ; il a de plus de la constipation et des renvois fréquents. Plus tard la douleur se localisa dans la région de l'épigastre. Le malade n'a jamais eu pendant tout ce temps de vomissements spontanés, mais il les provoquait artificiellement lorsque la pesanteur et les douleurs épigastriques devenaient intolérables.

Fréquemment dans ces cas, au dire du malade, le contenu de l'estomac était mélangé d'nne notable quantité de sang ; ces temps derniers les phénomènes douloureux s'accentuèrent. Le malade a considérablement maigri. Il avait essayé maintes fois de suivre une diète rigoureuse, mais comme il n'en obtenait pas de résultats, il l'abandonnait chaque fois.

Deux semaines environ avant d'entrer à l'hôpital, le malade avait contracté une uréthrite qui céda rapidement après quelques jours d'injections.

État actuel. — Le malade est d'une faible constitution, son tissu graisseux sous-cutané est très peu développé ; il est pâle ; débilité. L'appétit est mauvais, mais ne fait pas complètement défaut. La langue est chargée, la déglutition libre. Après le repas surviennent la douleur dans l'épigastre, les renvois sentant les œufs pourris, la sensation de brûlure. Il n'y a pas de vomissements spontanés, mais comme on l'a mentionné dans les antécédents, le malade les provoque artificiellement pour combattre la pesanteur et les douleurs dans le ventre dont il

souffre. Les garde-robes ne sont pas régulières, la constipation prédomine. Le ventre examiné après le vomissement provoqué par le malade quelque temps auparavant se présente légèrement déprimé. Pendant les mouvements respiratoires, on voit se dessiner sur le ventre deux sillons parallèles qui se meuvent en même temps et dont l'un réunit les deux dixièmes côtes et l'antre se trouve à deux doigts au-dessous de l'ombilic.

Dans la région stomacale on peut observer très nettement des mouvements péristaltiques fréquents. Dans l'intervalle de ces mouvements il est facile de les provoquer par de petits coups secs et légers donnés sur la région du ventre. La percussion ne donne pas de résultats précis. Après insufflation on constate l'existence d'une dilatation de l'estomac (la grande courbure coïncide avec le sillon inférieur, mentionné ci-dessus), les mouvements péristaltiques sont encore plus manifestes pendant l'insufflation. L'examen de l'intestin ne dénote rien de particulier. Dans la région du cœcum et du côlon ascendant, on observe un gargouillement léger, le côlon descendant et l'S iliaque sont serrés d'une façon spasmodique. On ne sent de tumeur nulle part dans la région du ventre, si ce n'est une légère résistance, douteuse d'ailleurs, qne l'on sent soit au niveau du pylore, soit un peu plus à droite.

L'examen que j'avais fait du contenu stomacal retiré à jeun à l'aide d'une sonde donna les résultats suivants : On avait retiré à jeun environ 200 centimètres cubes de masse pâteuse, d'un vert salé, ayant l'odeur d'hydrogène sulfuré, mélangée à une quantité considérable de bile et de mucosités ; sous le microscope on y observait une grande quantité de sarcines et de levures ; l'acidité générale du produit de filtration était de 12 ; la quantité d'acide chlorhydrique libre s'évaluait à 0,8 pour 1000.

La deuxième fois, après le repas d'épreuve de Boas-Ewald, on avait retiré 400 centimètres cubes de masse pâteuse présentant tous les caractères du contenu stomacal à jeun décrit, ci-dessus, mais la quantité d'acide chlorhydrique libre était dans ce cas légèrement diminuée : 0,6 pour 1000. Une semaine plus tard, on renouvela l'exploration à jeun et après le repas d'épreuve et on trouva, comme auparavant, dans les deux cas, une quantité considérable de mucosités, de bile... etc...

L'exploration des autres organes donna les renseignements suivants : conjonctivite très prononcée, sommets des poumons abaissés au-dessous de la normale, absence complète de tout autre signe pathologique soit à la percussion, soit à l'auscultation. Les dimensions du cœur sont normales, les bruits sont clairs, mais faibles. Le pouls n'est pas très plein, il bat 60 pulsations par minute. Les artères ne sont pas dures, ni flexueuses. Le foie est un peu diminué de volume, la rate un peu augmentée. L'urine ne présente rien d'anormal. La température du malade est de 36° 2 le matin et 36° 4 le soir. Le poids est de 50 kilogrammes.

Le 9 février 1898 le malade a été soumis à l'opération pendant laquelle on a trouvé ce qui suit : à la limite des portions descendante et horizontale inférieure du duodénum, celui-ci est dur et bosselé en partie sur une étendue de 2 à 3 centimètres, tandis que le reste du duodénum et le pylore ne présentent aucune modification ; au niveau de la sténose, on sent une quantité considérable de petites glandes, enfin à 8 centimètres environ du pylore, à gauche, entre la petite courbure de l'estomac et le foie, il y a une petite bande adhérente.

L'opération faite par M. I. Berezkin consistait en une gastro-entérostomie antécolique antérieure, d'après le procédé de

Wolfler. Le malade supporta la période post-opératoire, pendant laquelle la température était normale, d'une façon fort satisfaisante bien que, pendant les 10 à 12 premiers jours, il ait encore souffert par moments de nausées, de vomissements, d'un sentiment de pesanteur dans l'épigastre et qu'il n'eut pas de selles sans lavements. Mais bientôt il commença à augmenter de poids petit à petit, ce qui prouvait une plus grande intensité dans l'assimilation de la nourriture en comparaison avec l'état antérieur et voilà plus de deux semaines que le malade est débarrassé de tous les troubles ; les vomissements ont définitivement cessé, il n'a pas de nausée, il ne sent aucune gêne dans le ventre, l'appétit est bon, les selles sont spontanées et régulières, la pesanteur de l'épigastre a disparu.

Le poids du malade a augmenté de 50 à plus de 61 kilogrammes. En présence d'une amélioration aussi frappante, il faut admettre qu'il s'agissait là sûrement d'un processus bénin (cicatrice consécutive à un ulcère du duodénum).

**Observation XIII.** — Pagenstecher (Ernst) 1899. — *Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum* 1899, Deutsch Zeitchr : f. chirurgie LII. Leipzig p. 541-583.

L'auteur, en dehors d'un grand tableau historique, statistique des opérations exécutées par de très nombreux chirurgiens, discutant longuement dans ce grand travail les différentes méthodes employées, ne cite qu'une seule observation personnelle sur l'ulcère duodénal, gastro-entérostomie, etc... Voici la traduction littérale de cette observation :

Mme Sch. d'une famille saine, 42 ans. Jeune fille était assez corpulente, pesait 145 livres. Etait atteinte de chlorose, battements de cœur, irritabilité nerveuse. Elle eut à l'âge de 22 ans un accès de syncope avec convulsions. Mariée à 24 ans ; trois enfants bien portants, quatre avortements. Il y a 6 ans commencèrent les premiers embarras gastriques. Par moments se produisaient des douleurs au niveau de l'arc costal droit, douleurs qui rayonnaient derrière le sternum jusqu'à sa hauteur. Il y a 5 ans commencèrent les vomissements, d'abord alimentaires, puis mêlés de sang et ensuite de bile. A la suite de ces troubles, la malade reste assez longtemps en traitement à l'hôpital ; pendant ce temps, les vomissements, les douleurs et les crampes persistèrent continuellement. Elle rentre chez elle, malade, et son état s'améliore lentement en observant une diète très prudente. Ensuite on procéda chez elle à une opération : Fixation de l'utérus et extirpation des annexes gauches. Quelques semaines après se produisirent de nouveau des troubles, puis elle se sentit mieux pendant une année, toutefois pendant cette période, elle eut de temps en temps des vomissements. Puis graduellement, ces troubles augmentèrent, les vomissements et les douleurs se manifestèrent à intervalles de plus en plus rapprochés et finalement se renouvelèrent dans l'espace de quelques minutes. Il y a 9 mois elle eut pendant assez longtemps des vomissements de sang puis, par intervalles, son état redevint meilleur. Nouveaux troubles à l'automne, vomissements de sang et ensuite selles noires il y a 15 jours. La malade allait d'un médecin à l'autre, dépérissant de plus en plus, usant de morphine, jusqu'à ce que l'intensité des douleurs la fit se soumettre à l'opération depuis longtemps conseillée.

La malade est une femme extrêmement faible et anémiée. Le

cœur et les poumons sont sains, le pouls fréquent irrégulier, petit. Extérieurement, la région stomacale ne présente rien d'anormal. Au-dessus de la symphyse cicatrice de laparotomie de 5 centimètres. L'épigastre est très sensible à la pression. Comme siège des douleurs spontanées, le malade indique une ligne partant de la ligne médiane et se dirigeant vers les côtes droites. Vomissements d'aliments, de mucus, pas de sang. La malade se plaint d'avoir faim. Les selles, quelques jours après son admission, ressemblent à du goudron ; des selles identiques se produisent encore vers la fin de la troisième semaine, terme de l'observation, quelques jours avant l'opération. Les douleurs étaient toujours persistantes à exacerbations violentes, ne se calmant qu'à l'aide de la morphine. Les aliments ne sont supportés qu'à l'état liquide, autrement il y a des vomissements.

Pendant quelques jours d'abstinence complète, on administre à la malade des lavements alimentaires et les douleurs cessent un peu, mais les parents lui passèrent en secret des aliments défendus (à la suite de ses reproches d'avoir faim) et à nouveau se produisirent des selles noires et des douleurs d'une violence extrême. La malade se tordait de douleur et se roulait demi-nue sur le plancher. Évidemment, comme on le prouva plus tard, la morphine lui manquait. C'est dans cet état qu'elle se décida enfin à l'opération.

Anesthésie à l'éther. Incision partant de l'appendice xyphoïde et allant presque jusqu'à l'ombilic. L'estomac n'est pas dilaté et il est impossible de l'attirer en avant. Le côlon transverse est rempli d'un liquide très noir. Au toucher, le pylore ne paraît pas plus épaissi que normalement. Passant de là plus à droite on parvient à la partie initiale du duodénum ; à une distance de 5 centimètres du pylore, on trouve facilement dans la profon-

deur un épaississement plus considérable, mais qu'on ne peut attirer au-devant de la paroi abdominale. A l'estomac on ne trouve d'ailleurs rien d'anormal. On recherche la première portion du jéjunum et on exécute la gastro entérostomie antérieure c'est-à-dire avec une incision transversale de l'intestin, mais sans formation valvulaire. Sutures à trois rangs. Il s'évacue de l'intestin un peu de mucus mais non sanguinolent. L'opération proprement dite sur l'estomac a duré une demi-heure, l'éther a été très bien supporté. Suture abdominale à étages. Après l'opération, il ne se produit pas d'abord de vomissements, les douleurs rayonnantes vers l'ombilic dans la région de l'estomac sont d'une intensité modérée. En plus des lavements alimentaires la malade reçoit de l'eau bouillie.

Le premier jour la malade vomit du mucus aqueux avec des flocons noirs. Le lait est bien supporté. Les selles sont noires. Les douleurs redoublent, le vomissement se reproduit; température rectale entre 37°1, et 37°8 avec tendance à l'abaissement P: 100. Le cinquième jour le vomissement est coloré en jaune, très épais, la quantité correspond au liquide absorbé; bruit perceptible dans l'abdomen. Nouvelle laparotomie. On se trouve en présence, après incision de la plaie abdominale, d'une partie intestinale très remplie, gonflée et un peu injectée, descendant de l'estomac ; derrière cette partie intestinale se trouve l'autre pédicule intestinal, affaissé et pâle.

L'endroit de la suture est absolument cicatrisé et légèrement couvert d'épiploon. On procède à l'entéro-anastomose des deux pédicules et aussitôt celui qui est vide est rempli par celui qui était gonflé. Cette partie de l'opération est exécutée sans anesthésie et est d'ailleurs très bien supportée. Suture abdominale. Les vomissements cessent immédiatement. La malade reprend

vite ses forces, les selles se suivent de couleur brune. Au début la malade se plaint de douleurs qui persistent constamment dans la région du cœur et au niveau des côtes inférieures gauches ; battements de cœur, pouls fréquent, misérable, insomnie, mais pas de vomissements. La plaie se guérit par première intention, tous les aliments sont bien supportés, mais l'appétit manque. Pendant quelque temps je fus inquiet, ne pouvant m'expliquer cet état jusqu'à ce qu'il m'apparût clairement qu'il s'agissait des phénomènes d'abstinence de morphine. Graduellement la malade commence à se rétablir et, cinq semaines après elle était en état de quitter le lit ; comme poids l'augmentation s'accomplissait lentement. Au bout de 3 mois après avoir pris un repas d'essai, il se trouvait encore 5 heures après quelques restes de ce repas dans l'estomac.

La malade peut supporter et digérer indifféremment toutes sortes de nourritures, elle a constamment faim, mais elle a encore l'aspect anémique et ses malléoles sont légèrement enflées. Actuellement, 6 mois après, elle a engraissé ; à intervalles assez rares elle a encore des douleurs abdominales autour de l'ombilic ; elle a souffert, d'une façon accidentelle et passagère, de diarrhée avec pertes de sang et glaires vers 6 heures du soir. Elle est du reste très contente et se sent, comme elle dit : « renaître ». Sa bonne mine est confirmée par toutes ses connaissances. Auparavant constipée, depuis l'opération elle va à la selle très régulièrement. L'augmentation de poids dans les premiers mois est de 10 livres.

Remarque sur les suites de l'opération. — Pour moi il est très probable que le vomissement a été provoqué par la confusion des deux anses d'intestin grêle

pendant l'opération, de telle sorte que le bout afférent qui doit se trouver en arrière se trouvait en avant et par son gonflement pressait sur le bout efférent l'empêchait ainsi de fonctionner et se vidait ensuite en arrière dans l'estomac. Cette confusion a dû se produire malgré toutes les précautions, et bien que les anses se trouvassent sûrement à leur place dès le commencement, au moment des changements de mains qui ont lieu plusieurs fois par l'assistant pour appliquer plus commodément l'intestin. Il a pu se produire aussi, comme cela arrive quelquefois, une torsion secondaire des anses, dans tous les cas l'entéro-anastomose a parfaitement bien arrangé et réparé la chose. C'est la combinaison de la douleur, de la dyspepsie et de l'hémorrhagie qui a produit la cachexie.

**Observation XIV.** — Pantaloni. Archiv. prov. de Chirurgie (1899-8). *Ulcère calleux du duodénum. Sténose pylorique et stase. Gastro-entérostomie rétro-colique postérieure en Y. — Guérison.*

Le nommé P..., ouvrier des messageries à la Ciotat, âgé de 58 ans, nous fut adressé par le Dr Aillaud pour des vomissements persistants. Son histoire mérite d'être racontée.

Il y a 8 ans environ, en se rendant le matin à son travail, cet homme ressentit tout à coup une violente douleur dans la région du foie, douleur intolérable et telle qu'il s'affaissa à la porte des ateliers. On le porta chez lui sans connaissance et sa femme raconte qu'il vomissait beaucoup de sang et qu'il en rendit tellement par l'anus que son caleçon et ses bas étaient tout

salis. Des boissons froides et des applications glacées sur le ventre conjurèrent peu à peu le danger qui était imminent. L'hémorrhagie s'arrêta ; le malade revint peu à peu à lui, reprit chaleur et eut encore des selles noires pendant quelques jours. Puis tout rentra dans l'ordre, l'appétit revint et le malade recouvra la santé. Mais il ne fut plus le même, dit-il, et à diverses reprises, il fut pris d'un malaise subit après le repas ; douleur dans la région du foie, pâleur de la face, envies de rendre, selles noires pendant plusieurs jours consécutifs ; d'où affaiblissement empêchant tout travail. Puis il n'a plus constaté de sang dans les selles, mais ses digestions sont devenues peu à peu pénibles et douloureuses et depuis trois ans, il vomit presque tout ce qu'il prend. Aussi a-t-il quitté définitivement les ateliers pour se traîner péniblement.

Lorsque je le vis pour la première fois, il était à moitié assis dans son lit. Découragé, presque résigné à mourir, rien ne l'intéressait plus. Facies cachectique, amaigrissement extrême. Poids : 50 kilogrammes. L'estomac est considérablement dilaté et rempli de liquide, les intestins vides et aplatis. Dans la région pylorique, on sent une tuméfaction peu douloureuse à la pression et tout à fait fixe.

Les vomissements très abondants surviennent tous les deux jours. Ceux que nous examinons renferment des parcelles alimentaires ingérées l'avant-veille. La constipation est opiniâtre.

Le pli fait à la peau s'efface très lentement. Nous portons le diagnostic d'ulcère du duodénum, peut-être dégénéré, et nous proposons l'opération qui est acceptée.

Opération. — Celle-ci eut lieu en présence de MM. les Drs Sarles, François et Angias.

Le ventre ouvert sur la ligne médiane, notre diagnostic se

trouve confirmé. En effet, depuis le pylore jusqu'à la fossette duodéno-jéjunale, les parois du duodénum sont pour ainsi dire cartonnées, tant elles sont dures et épaisses. L'épiploon et la vésicule biliaire adhèrent à sa surface. Mais les callosités n'envahissent ni l'estomac, ni le foie ; elles sont limitées au duodénum et partant, nous pensons qu'il n'y a rien de cancéreux et qu'il s'agit d'un vieil ulcère duodénal avec sténose pylorique d'origine cicatricielle. Dès lors il ne nous reste plus qu'à pratiquer la gastro-entérostomie qui fut terminée sans aucun incident.

Les suites furent remarquablement simples, absolument comparables à celles d'une laparotomie simple. Dès le second jour, le malade mangea des œufs et du potage *ad libitum* et le troisième jour, du poisson et de la viande. Il quitta la clinique absolument transformé. Aujourd'hui il travaille et digère comme au temps jadis.

**Observation XV.** — Jaboulay, 1899. — (*in* Thèse de Ladevèze. Lyon 1900). *Adhérences de la vésicule biliaire et du duodénum formant tumeur ; symphyse duodéno-hépatique. Dilatation de l'estomac. Gastro-entérostomie postérieure. Guérison.*

**Observation XVI.** — Connell (A). 1902. — *Un cas de perforation d'ulcère du duodénum ; cœliotomie avec gastro-jéjunostomie consécutive. Guérison.* Lancet. Londres, 1902. II. 674-675.

Les ulcères du duodénum ne paraissent pas si rares qu'on se l'imagine habituellement, sans doute parce que

**les symptômes ne sont pas si nets que ceux de l'ulcère de l'estomac. Si une perforation survient, le diagnostic entre ces deux formes d'ulcération devient difficilement possible, mais une laparotomie d'urgence est le seul traitement indiqué dans les deux cas.**

Un homme de 24 ans entre à l'Infirmerie Royale à Sheffield le 10 février avec des symptômes indiquant une perforation d'une ulcération de l'intestin. Depuis 14 ans, le malade souffrait de troubles de l'estomac ; les symptômes les plus accentués consistaient en une douleur épigastrique survenant 1 heure 1/2 ou deux heures après les repas et accompagnée parfois de vomissements qui adoucissaient beaucoup la douleur et le malaise. C'était une dilatation manifeste de l'estomac avec sensibilité épigastrique, mais à aucun moment le Dr W. S. Kerr (à qui M. Connell est redevable de ces notes) ne put découvrir une tumeur.

Plus tard la douleur survenait sitôt la nourriture absorbée. Il n'y avait pas signe d'hématémèse, de jaunisse ou de melœna. Le malade eut à souffrir d'une crise aiguë quelques jours avant le 10 février et on le nourrit par des lavements alimentaires. Mais vers cinq heures, ce jour-là il ressentit subitement une douleur aiguë dans l'épigastre et l'hypochondre droits, il était extrêmement agité et couvert d'une sueur profuse. Le Dr Kerr l'examina peu après, diagnostiqua une rupture d'ulcère et ordonna le transport immédiat du malade à l'infirmerie.

A son entrée on s'aperçut qu'il souffrait du « shock » et que son état était des plus graves. Le pouls était à 108 et faible, la température était de 96° F, la face pincée et la respiration thoracique. L'abdomen avait un aspect ballonné, mais sans aucun mouvement apparent ; au palper on sentait dans la région épi-

gastrique une résistance complète de la paroi, mais cet examen fatiguait énormément le malade. La matité du foie existait encore, bien que la résonance fût plus grande sur toute la paroi abdominale. L'opération eut lieu le 10 février à 10 h. 25.

L'éther administré, on fit sur la ligne médiane une incision commençant au-dessous du cartilage xyphoïde et s'étendant plus bas sur une longueur de trois pouces et demi environ. A l'ouverture de la cavité péritonéale l'estomac apparaît distendu, il y avait donc de la dilatation. On souleva alors doucement le foie, de façon à découvrir le tiers droit de l'estomac et le duodénum. A la première inspiration, des gaz s'échappèrent, chassés par le bouillonnement du mucus extravasé. Il n'y avait pas d'adhérences.

La surface environnante fut immédiatement isolée de la cavité générale par des compresses de gaze stérilisée. Le foie étant écarté, on découvrit alors à gauche une perforation circulaire, d'environ 1/4 de pouce de diamètre dans la première portion du duodénum à la partie supérieure et postérieure. La partie pylorique de l'estomac était considérablement épaissie et une sonde, passée par la perforation, dans l'estomac, démontra que l'orifice du pylore était excessivement rétréci. Après avoir soigneusement nettoyé la surface on ferma la perforation par un double rang de sutures à la soie fine. Un drain en gaze légère fut mis près de la suture de la perforation et traversant superficiellement la plaie, il fut retiré 36 heures après. La paroi abdominale avait été fermée suivant le procédé habituel, sauf à l'orifice de sortie du drain.

Rien de spécial à noter comme suites opératoires. Le malade fut soutenu par des lavements alimentaires et il absorbait par la bouche de petites quantités d'eau, sa soif étant apaisée par des

injections salines *per rectum*. Deux semaines après l'opération, on lui donna de la mie de pain molle et du lait ; cette nourriture fut augmentée graduellement sans jamais dépasser le poisson cuit à l'eau. Le 22 mars, le malade était vraiment en voie d'amélioration mais malgré la restriction du régime le malaise persistait sans jamais aller jusqu'à la douleur. A l'examen cependant, on constatait encore de façon manifeste de la dilatation d'estomac. Etant donné ce fait que le malade ne pouvait supporter un tel régime et manifestait le désir de manger des aliments plus substantiels, dans les conditions révélées par l'opération à savoir : obstruction du pylore, de caractère inflammatoire, avec dilatation de l'estomac et gastroptose, il fut invité à se soumettre à une seconde opération. Le 22, sous l'éther, on ouvrit l'abdomen au-dessous et à gauche de la première plaie. On fit alors une gastro-jéjunostomie antérieure ; le malade resta sur la table d'opérations une demi-heure seulement. Il se releva rapidement des suites de cette opération ; mais, après comme avant, le malade continua de vomir tous les deux jours pendant une quinzaine environ. Il quitta l'infirmerie le 24 avril, se sentant « de première force ». Revu le 9 juin, il déclare qu'il pourrait soulever des poids et manger n'importe quoi sans éprouver le moindre malaise. Il paraît certainement en parfaite santé et l'opération semble avoir très bien réussi.

Remarques du Dr Connell. — Il n'est pas commun pour le chirurgien d'être appelé à opérer pour une perforation du duodénum causée par une ulcération semblable à celle d'un ulcère de l'estomac. Dans le cas ci-dessus, non seulement il y avait perforation du duodénum, mais du côté de l'estomac s'ajoutaient des com-

plications qui nécessitèrent une deuxième opération pour compléter la première intervention d'urgence. Rien ne contribue plus à donner une issue heureuse aux graves lésions de la partie supérieure du tube digestif que le diagnostic précoce, de la part du médecin, des symptômes relatifs à cette perforation et c'est là un cas typique dont on ne saurait trop apprécier les points essentiels. Tout d'abord, parmi les symptômes précoces qu'on ne doit pas plus négliger dans les autres cas que dans celui-ci, il faut tenir compte de la douleur, à quelque degré que ce soit — continuelle ou intermittente —, des vomissements et de la cachexie, symptômes qui semblent avoir troublé l'existence de cet homme pendant 14 ans, sans qu'il ait eu jamais la moindre hématémèse, melœna ou jaunisse, autant qu'on peut le présumer.

Ces symptômes précoces, joints à un examen sérieux de la région épigastrique, examen qui donne toujours un signe non douteux, la sensibilité à la douleur si la lésion est plus intense, forcent nécessairement à diagnostiquer une ulcération, soit de l'estomac, soit juste au-dessous et influent nettement sur le choix du traitement à suivre. Toutefois l'apparition soudaine de douleurs atroces et du choc consécutif qui trouble profondément le système général, ne sauraient seuls permettre de diagnostiquer une perforation. Malheureusement il y a des médecins cependant qui, malgré de tels phénomènes, omettent de poser un diagnostic et qui ont recours à la morphine, avec l'idée de soulager le malade et de se donner ainsi plus de temps pour exa-

miner le cas, ce qui, d'ailleurs, expose davantage à une infection générale de la cavité péritonéale. Le chirurgien est alors placé dans l'alternative de refuser d'opérer un malade qui est déjà moribond ou de tenter une opération qui, dans la majorité des cas, doit nécessairement aboutir à une catastrophe. J'ai eu le malheur, tout récemment, de voir un malade chez qui s'était produite une perforation d'un petit ulcère de l'estomac, mourir faute d'une intervention chirurgicale d'urgence que nécessitait l'état du malade. Dans ce cas absolument typique une forte dose de morphine avait été administrée au patient et des amis avaient conseillé d'attendre. Le diagnostic fut reconnu exact *post mortem*.

La gastro-jéjunostomie fut tentée ici pour les raisons suivantes : 1° rétrécissement considérable du pylore ; 2° ulcération du duodénum ; 3° persistance du malaise même après qu'on eût institué un régime spécial. »

**Observation XVII**. — Hoffmann (Wilhem) de Kiel, 1902. *Statistique de la sténose duodénale et de son traitement par la gastro-entérostomie*. 1902. Inaug. dissert. Kiel.

La statistique de l'auteur se borne simplement à citer les chirurgiens qui se sont occupés de la gastro-entérostomie comme Boas, Colin, Wilhms, Herg, Hochlauss, Riegel, Ledderhose, Kelling, Chlumsky, Siegel, etc. De la statistique proprement dite, il n'y a pas trace. Il ne cite qu'une seule observation de la clinique chirurgicale de Kiel, sous la direction du professeur Helfe-

RICH, opération à laquelle l'auteur participait comme assistant :

Jules S .., 21 ans, cultivateur, entré le 3 juin 1901. Les antécédents sont difficiles à établir par suite de la faiblesse du malade et des douleurs à la parole. Le malade souffre depuis plusieurs années d'embarras gastrique (soi-disant : dilatation de l'estomac). Depuis 15 jours aggravation notable de son état, tous les aliments pris sont rendus. Les parents, frères et sœurs paraissent tous bien portants.

Le malade a été admis à la clinique médicale de Kiel en 1900 du 27 mars au 24 mai pour dilatation de l'estomac et ulcère chronique. Il quitta la clinique le 24 mai, notablement amélioré. Cependant le 29 mai 1900 il y rentra de nouveau et on diagnostiquait : Sténose duodénale avec contracture. Le malade avait des convulsions avec vomissements et ne pouvait prendre aucun aliment, il était de plus en plus abattu et le premier jour de traitement ne pouvait pas uriner. Plus tard il évacue de l'urine qui contient de l'albumine avec quantité de cylindres hyalins et de granulations. Au début les vomissements sont moins fréquents, puis ils se renouvellent plus souvent. Absorption alimentaire : O. Le contenu des vomissements, d'abord acide, devient ensuite alcalin et on trouve le 2 juin des infusoires. Craignant le danger de l'inanition on le transfère à la clinique chirurgicale.

ÉTAT ACTUEL. — Le malade est d'une taille moyenne, maigre, peu musclé, les joues très rouges, la langue chargée, sèche, la peau sèche avec deux nœvi pigmentaires dans la région épigastrique. Pas de tuméfaction glandulaire. Organes thoraciques : rien de particulier, si ce n'est qu'on perçoit au cœur des bruits

accidentels et systoliques. L'abdomen est aplati ; à travers la paroi abdominale amincie, on voit les anses intestinales avec de faibles mouvements péristaltiques. Le bord inférieur du foie divise l'arc costal au niveau de la ligne mamillaire et la ligne médiane entre l'appendice xypho de et l'ombilic.

L'estomac non gonflé descend à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La palpation de l'estomac est en général très douloureuse ; cependant on ne peut trouver aucun endroit qui soit particulièrement sensible à la pression. On sent à la hauteur de l'ombilic et transversalement un bourrelet mou (pancréas ?), à droite le bord inférieur du rein.

Autrement, rien d'anormal. La palpation sur le parcours du duodénum n'est pas douloureuse. Le lavage de l'estomac donne issue à un liquide de couleur bilieuse contenant quelques flocons mucilagineux (glaires), liquide qui se rectifie aussitôt.

L'estomac gonflé descend au-dessous du foie et, s'il est fortement gonflé, il atteint l'ombilic.

Opération. — Anesthésie au chloroforme. Incision de laparotomie médiane épigastrique. L'estomac n'est pas dilaté ; il est couvert de quelques cicatrices plates. A partir de l'estomac s'étend au dessus du pylore vers le duodénum une cicatrice rayonnante, longue à peu près de 4 centimètres. A proximité du duodénum se trouvent aussi plusieurs adhérences. Gastro-entérostomie typique rétro-colique postérieure. A la surface postérieure de l'estomac on trouve des adhérences et des membranes extraordinairement développées de sorte qu'il est difficile de trouver un endroit libre. Bouton de Morphy, fermeture de la plaie abdominale avec sutures à étages. Le 13 juin le cours de la maladie est bon. Le troisième jour après l'opération, plusieurs vomissements bilieux qui disparaissent après le lavage de l'es-

tomac. Le 19 juin enlèvement des sutures interrompues. Le 22 juin l'état général est très bon, pas d'embarras gastrique. Le 26 juin on évacue à jeun avec la sonde œsophagienne un peu de suc gastrique très liquide, verdâtre, mélangé de mucus. Ce suc gastrique contient des principes colorants biliaires très abondants, point d'acide chlorhydrique libre, réaction alcaline. L'acidité totale : 50.

Après un repas d'épreuve, le suc gastrique d'un vert plus clair, devient visiblement acide et contient de l'HCl libre, acidité totale 35,5. Il digère bien l'albumine, mais la décomposition se produit rapidement avec odeur infecte. Le 5 juillet on constate après une nourriture riche en substance graisseuse que la garde-robe ne contient pas de matières graisseuses. Le 8 juillet après un repas riche en hydrates de carbone, on ne constate pas de sucre dans l'urine. Le poids du malade est de 107 livres, augmentation totale du poids : 17 livres. Le 9 juillet le malade quitte la clinique, comme guéri.

Sur le siège précis de la sténose dans cette histoire de la maladie, on ne peut pas tirer une conclusion précise. La cicatrice provenant du pylore est provoquée par un processus inflammatoire. En conséquence la cicatrice aura produit en première ligne un rétrécissement à la partie supérieure de l'orifice ; cependant il n'est pas inadmissible que le processus inflammatoire de l'intestin n'eût pas amené une fermeture à la partie inférieure. Une semblable explication pour l'origine d'une sténose duodénale complète se laisserait parfaitement appliquer au cas décrit plus haut. De plus on peut admetre encore que les adhérences constatées

pendant l'opération et notamment celles qui se trouvaient à la partie supérieure ont encore augmenté la sténose par le processus inflammatoire de la partie précédemment sténosée. C'est donc ainsi que s'explique chez notre malade la présence de la bile dans le suc gastrique. »

**Observation XVIII** *Inédite.* — Dr H. Delagénière, du Mans. *Sténose du duodénum causée par un ulcère. Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure. Guérison.*

La nommée C... E... âgée de 25 ans, habitant Rouessé-Vassé, nous est adressée par le Dr Baret de Sillé-le-Guillaume, pour une affection de l'estomac d'origine éthylique

Cette femme qui a eu 4 enfants, le dernier il y a 3 ans, n'a jamais souffert que de l'estomac. Depuis son enfance elle a toujours bu de l'alcool en plus ou moins grande quantité et souvent elle souffrait de l'estomac et avait de l'intolérance gastrique qui durait plusieurs jours. Depuis sa dernière couche, ces accidents gastriques caractérisés surtout par des vomissements et des douleurs vives au creux épigastrique s'accentuent, les vomissements deviennent de plus en plus fréquents, l'état général s'altère et la malade s'amaigrit rapidement.

Depuis trois semaines, elle ne peut plus travailler et arrive à un état cachectique accentué. Son état général laisse en effet beaucoup à désirer. On ne trouve rien aux poumons et rien au cœur. Les urines contiennent des traces d'albumine et la malade présente de l'œdème autour des malléoles.

Elle pèse 76 livres seulement, ne peut plus rien manger. Le lait pris, même en petite quantité, ne passe plus, s'accumule

dans l'estomac et est rejeté. La malade est atteinte de constipation opiniâtre. L'estomac présente une dilatation considérable, on perçoit du clapotement jusqu'au dessous de l'ombilic. En faisant ingérer à la malade des raisins de Corinthe, on les retrouve intacts le lendemain. Au palper le creux épigastrique est douloureux, mais plus bas que de coutume. La douleur provoquée s'irradie en arrière, spontanément la malade éprouve des douleurs vives comme dans l'ulcère de l'estomac. Le diagnostic porté est : Gastrite ulcéreuse avec sténose pylorique consécutive.

Opération le 4 mars 1901. — Assistent à l'opération les Drs Baret, de Sillé-le-Guillaume, Bolognesi, Meyer, Lucas et Gesen (du Mans).

Une incision sus-ombilicale de 8 centimètres est pratiquée sur la ligne médiane. L'estomac est dilaté et ne présente rien d'anormal sur sa face antérieure. Le pylore est comme enfoui, attiré vers la colonne vertébrale, il est pour ainsi dire fixé dans cette situation. J'extériorise le côlon et l'épiploon, puis pratique une large ouverture transmésocolique afin de bien explorer la face postérieure de l'estomac. Je ne trouve rien de ce côté, mais au-dessous du pylore, par une ouverture pratiquée à travers l'épiploon gastro-hépatique, je trouve une induration du duodénum que je prends d'abord pour un néoplasme. Cette induration a déformé le calibre de l'intestin et provoqué tout autour d'elle des adhérences. Je peux alors me rendre compte qu'il s'agit plutôt d'un ulcère développé sur le duodénum, sans avoir atteint le pylore. Cet ulcère a amené consécutivement le rétrécissement du duodénum et par suite la stase des aliments dans l'estomac et la dilatation de l'organe.

Je pratique alors une gastro entérostomie transmésocolique postérieure et referme l'abdomen.

Suites opératoires. — Les suites ont été fort simples. Dès le soir de l'opération, les liquides passaient en petite quantité. Le lendemain, la langue de la malade étant saburrale, un lavage de l'estomac fut pratiqué, puis tous les troubles gastriques disparurent. Pendant huit jours la malade fut nourrie au moyen de liquides (lait, bouilllon, thé et eau de Vichy). Au bout de ce temps, une tentative d'aliments solides fut faite, mais aussitôt l'état saburral de la langue réapparut. La malade fut remise au régime lacté pendant 8 jours. Au bout de ce temps elle put supporter les aliments solides. Elle quitta la clinique le 25 mars, pesant 81 livres.

J'ai revu cette malade à plusieurs reprises. Le 19 juillet 1901 elle avait changé considérablement d'aspect, ne vomissait pour ainsi dire plus, se nourrissait comme tout le monde, mais avait des digestions lentes et parfois pénibles. Elle pesait alors 85 livres n'ayant augmenté que de 2 kilogrammes depuis son départde la clinique.

Le 21 mars 1902, un an après son opération elle pèse 95 livres, se porte très bien. Cependant elle a encore des digestions pénibles et parfois des vomissements bilieux ; mais elle ne souffre plus et se nourrit avec n'importe quels aliments.

Le 6 février 1903, sa santé est très bonne malgré quelques indigestions quand elle prend des aliments trop indigestes. Enfin je la revois en octobre 1903 en parfait état et enceinte de 7 mois.

**Observation XIX.** *Inédite. — Ulcère du duodénum avec hémorrhagies intestinales graves. Gastro-entérostomie Guérison.* Dr H. Delagénière (du Mans).

Le nommé L.... Anatole, âgé de 37 ans, tailleur de pierre au Lude, nous est adressé par le Dr Heurtebise pour des hémorrhagies intestinales accompagnées de symptômes de gastrite ulcéreuse.

Ce malade qui n'a jamais fait de maladies graves a toujours eu des habitudes alcooliques. Depuis deux ans il souffrait fréquemment de l'estomac, avait des crises d'intolérance gastrique accompagnées de douleurs vives s'irradiant dans la région dorso-lombaire. Ces crises douloureuses s'amélioraient rapidement sous l'influence du régime lacté, mais bientôt le malade reprenait ses habitudes alcooliques et les accidents recommençaient de nouveau. En même temps son état général devenait moins bon, il s'anémiait et perdait ses forces.

*Le 1er septembre 1901*, il éprouve un malaise assez sérieux, perd connaissance et rend abondamment du sang noir dans une selle. Ce malaise dure pendant deux jours, malgré le repos au lit, la glace sur le ventre et le traitement interne classique.

*Le 7 septembre 1901*, sans avoir quitté le lit rechute, nouveau melœna considérable qui détermine plusieurs syncopes. Le malade se rétablit cependant et commence à digérer de petites quantités de lait.

*Le 29 septembre*, sans cause appréciable et malgré le régime lacté très rigoureusement suivi, il est repris d'hémorrhagies intestinales, accompagnées cette fois de vomissements simples ne contenant pas trace de sang. Le melœna, d'abord

très abondant, s'accompagne de syncopes et d'affaiblissement considérable du malade ; puis, sous l'influence du traitement, les selles deviennent plus rares, elles restent cependant noires. Chaque jour le malade s'affaiblit, il a quatre à cinq selles noires par 24 heures. C'est à peine si on ose le transporter à la clinique pour le faire opérer.

A son entrée le 7 octobre, il est livide et ne peut se tenir debout, son estomac rejette tout aliment, quelques cuillerées de limonade sulfurique seules peuvent passer. Les selles sont noires, composées par du sang à moitié digéré. L'estomac n'est pas dilaté, il est sensible à la pression au niveau de la grande courbure. On ne trouve rien aux poumons ; mais au cœur les battements sont irréguliers, il existe des faux pas. Les urines contiennent de l'albumine dont la quantité n'a pas été dosée.

Le diagnostic porté est : *ulcère du duodénum occasionnant des hémorrhagies graves intro-intestinales.* Je me propose de pratiquer une gastro-entérostomie pour exclure en quelque sorte le duodénum malade.

Opération le 8 octobre 1901. — Sont présents les Drs Heurtebise (du Lude) Brémond (de Ballon) Bolognesi et Meyer (du Mans).

Je pratique une incision sus-ombilicale de 8 centimètres. A l'ouverture du ventre, l'estomac est petit, ratatiné et difficile à mobiliser. Il m'est impossible de l'attirer hors de l'abdomen. C'est surtout dans la région pylorique qu'il paraît fixé.

Le pylore paraît sain à l'exploration. Je pratique alors une large ouverture à travers le méso-côlon et par cette ouverture, je cherche à explorer la face postérieure de l'estomac ; elle est libre, mais dure et résistante comme si elle était cartonnée.

L'exploration du duodénum est impossible à cause d'adhéren-

ces nombreuses qui masquent cette portion de l'intestin et empêchent de l'explorer à travers l'épiploon gastro-hépatique. La lésion principale paraît siéger dans la partie terminale de cet intestin.

L'exploration terminée rapidement en raison de l'état précaire du malade, je pratique une gastro-entérostomie postérieure transméso-colique à deux plans de sutures ainsi que je le fais toujours.

Le ventre est ensuite refermé sans drainage.

Suites. — Les suites opératoires ont été très normales, le malade a pu boire de l'eau de Vichy dès son réveil. Le soir de l'opération un lavement d'eau salée provoquait une dernière selle noire. En effet à partir de ce moment les selles sont redevenues normales.

En raison du mauvais état de son estomac, le malade a été gardé aux aliments liquides (lait, eau de Vichy et bouillon) jusqu'à sa sortie de la clinique le 29 octobre et tout le temps de son séjour sa bouche anastomotique a parfaitement fonctionné. Rentré chez lui au Lude il suit le régime lacté qui lui a été prescrit et à certains moments il a des vomissements bilieux qui me font craindre des accidents de circulus viciosus. Mais bientôt, malgré tous les écarts de régime, malgré l'usage et l'abus d'alcool, les fonctions digestives redeviennent normales. Le Dr Heurtebise qui voit souvent ce malade m'en a donné d'excellentes nouvelles le 4 février 1904. Il le considère comme guéri de son ulcère.

## CHAPITRE III

### Différentes sortes de traitements de l'ulcère duodénal en dehors de la gastro-entérostomie.

Avant d'aborder l'étude de la gastro-entérostomie comme traitement de l'ulcère duodénal, nous passerons en revue rapidement les divers traitements préconisés dans cette affection tant médicaux que chirurgicaux et nous en verrons les résultats bons ou mauvais.

#### A. — Traitement médical.

Une des premières indications du traitement médical est d'assurer la cicatrisation de l'ulcère. A ce point de vue le meilleur traitement semble être de laisser le plus possible l'ulcère au repos, c'est-à-dire de faire passer le moins d'aliments possible par le tube digestif, on y arrive au moyen de l'alimentation rectale. Dans la thèse de son élève Gros, M. Tournier de Lyon s'étend longuement sur la façon d'alimenter ses malades par voie rectale.

Ses lavements alimentaires ne contiennent absolument que du bouillon et des œufs, les œufs au nombre de cinq à six pour rendre le lavement plus consistant. M. Tournier donne à ses malades quatre lavements alimentaires par jour. De plus, pour que le patient ne souffre pas de la soif, il ajoute par jour deux lavements désaltérants contenant du vin ordinaire ou du vin de Champagne.

Les lavements alimentaires sont pris tièdes par quantité de 250 grammes au maximum, le malade étant couché.

Au bout d'une quinzaine de jours, le malade est autorisé à prendre un léger repas, du lait, puis des œufs en augmentant peu à peu ; de cette façon on arrive à cesser progressivement les lavements. M. Tournier prétend par ce traitement avoir obtenu la guérison d'un ulcère duodénal.

Von Leube (1) qui préconise la diète lactée, le repos au lit et l'alimentation rectale affirme avoir vu un cas de perforation se terminer par la guérison uniquement parce que le malade n'avait rien pris depuis deux jours.

On a préconisé comme médicament le sous-nitrate de bismuth. On sait que dans l'ulcère de l'estomac ce médicament, absorbé par le malade dans une position telle qu'il forme un dépôt à la surface de la plaie, arrive à guérir l'ulcère en l'isolant, en le préservant de l'action des acides sécrétés par la muqueuse gastrique en même temps que des aliments. Mais est-il bien facile

1. In *Thèse* de Ladevèze.

d'arriver à protéger de la sorte un ulcère du duodénum ? Nous ne le pensons pas et c'est pourquoi nous n'avons qu'une confiance modérée dans ce traitement.

Une autre indication du traitement médical est de combattre la cause de l'ulcère. Pour M. Robin ce sont les acides organiques qui sont en cause. Aussi cet auteur préconise fortement l'action des eaux alcalines ; il envoie ses malades à Vichy et leur fait prendre, une heure et demie avant le repas, des doses progressivement croissantes d'eau de la source l'Hôpital.

Pour MM. Debove et Renault, c'est l'action de l'acide chlorhydrique qui favorise l'évolution de l'ulcère, il faut donc combattre cette acidité ; l'action du bicarbonate de soude donné une heure et demie à deux heures après le repas agit alors favorablement sur l'issue de la maladie. Cousin, dans cet ordre d'idées, signale un cas de guérison par les eaux alcalines à hautes doses.

Enfin on peut se contenter de la médication symptomatique, la morphine contre les douleurs, l'ergotine, la glace contre les hémorrhagies sont d'un grand secours au praticien à bout de ressources.

Mais ces nombreuses médications, ces quelques guérisons isolées ne suffisent pas à nous convaincre de l'efficacité du traitement médical qui, dans la majorité des cas, ne donne qu'une guérison illusoire. Les quatre malades de Codivilla, celui de Rewidtzow, décrits tout au long dans cette thèse, montrent que chez eux le traitement médical n'a apporté que peu ou pas de soulagement. Dans tous ces cas la douleur épigastrique restait aussi intense et les autres symptômes réappa-

raissaient rapidement. De plus il est fort probable que les autres malades atteints d'ulcère duodénal, avant de recourir à la chirurgie, ont tous demandé à la médecine une amélioration qu'elle n'a pas pu leur apporter. Nous renoncerons donc de prime abord au traitement médical pour nous occuper des différents traitements chirurgicaux.

### B. — Traitement chirurgical.

#### 1° Indications.

Quels sont, en présence d'un malade atteint d'ulcère duodénal, les indications de l'opération ? Ladevèze, dans sa thèse, en indique trois : l'hémorrhagie, la sténose et la persistance des symptômes douloureux.

##### α). — *Hémorrhagies.*

Deux cas se présentent ici : hémorrhagies graves et hémorrhagies légères. Dans le premier cas, le malade atteint déjà de troubles antérieurs : perte de l'appétit, douleur épigastrique ou même sans trouble antérieur est pris tout à coup de vomissements de sang abondants ; ces vomissements se répètent et mettent rapidement la vie du malade en danger, c'est une indication absolue pour le chirurgien d'intervenir. Plus souvent l'hémorrhagie ne se présente pas sous forme de vomissements mais sous forme de melœna. Le malade rend une quantité plus ou moins grande de sang noir à moi-

tié digéré, ces selles se renouvellent et mettent le malade dans un état tel qu'il semble ne pas pouvoir s'en relever, tel est le cas cité par le Dr H. Delagénière (obs. XIX), l'intervention seule sauvera le malade.

Dans une seconde catégorie de cas, qui est heureusement du reste la plus nombreuse, le malade n'a que de petites hémorrhagies qui se renouvellent plus ou moins fréquemment, mais ne sont pas de nature à entraîner brusquement la mort du malade. Dans ce cas l'opération, bien que n'étant plus d'urgence comme dans le cas précédent, n'en est cependant pas moins indiquée; car le malade s'affaiblit peu à peu par suite de ces pertes de sang répétées et s'achemine plus lentement mais non moins sûrement que précédemment vers la mort.

Quand faut-il opérer dans le cas d'hémorrhagies ? M. Savariaud propose l'intervention après avoir examiné trois points :

1° La quantité de sang rejetée. M. Dieulafoy propose l'intervention quand la quantité de sang égale un demi-litre, mais il est bien difficile d'évaluer, même approximativement, la quantité de sang rejetée dans les selles ;

2° La numération des globules et le dosage de l'hémoglobine ;

3° L'échec de la diète absolue comme moyen d'épreuve.

Convient-il d'opérer en pleine hémorrhagie ? M. Dieulafoy est de cet avis à condition d'aller vite. Dans le cas déjà cité de M. le Dr Delagénière, le

malade perdait chaque jour du sang en abondance et c'est au milieu de ces hémorrhagies qu'il fut opéré. L'extrême faiblesse du malade, si elle est produite par les hémorrhagies, n'est pas une contre-indication puisque seule l'opération permet de sauver le malade en arrêtant ces hémorrhagies.

3) — *Sténose cicatricielle.*

La fermeture de la lumière de duodénum est produite soit par un noyau fibreux obstruant la lumière du canal, soit par des brides situées dans les tuniques même du duodénum et qui rétrécissent peu à peu son calibre, soit par la sclérose des tissus péri-duodénaux qui compriment peu à peu l'organe et arrivent à le rendre imperméable même aux aliments liquides. Dans ces conditions, que se passe-t-il ?

Le pylore offrant aux aliments une barrière infranchissable, ceux-ci s'accumulent dans l'estomac, l'estomac se dilate et par des contractions violentes qui font souffrir le malade tend à expulser son contenu.

Cette expulsion ne pouvant se faire par la voie normale et le cardia étant la seule voie offerte aux aliments, le malade les vomit. Donc dilatation de l'estomac, contractions énergiques et douloureuses de celui-ci, vomissements, tels sont les symptômes de la sténose cicatricielle. Dans ces conditions les malheureux sont condamnés à la cachexie rapide et à la mort si une intervention ne vient pas rétablir le cours normal des aliments dans le tube digestif.

γ). — *Persistance des symptômes.*

Enfin quand l'affection dure depuis de longues années, quand le traitement médical a été reconnu impuissant, si la douleur persiste, devient intolérable et si la cachexie fait des progrès rapides, l'intervention est indiquée. Ces cas d'affaiblissement tel du malade que la mort ne semble plus être absolument qu'une question de jours sont ceux de plusieurs de nos observations (Obs. I, III, XIV. XVII, XVIII).

2° Modes d'intervention.

α). — *Ligature du vaisseau à distance.* — C'est la seule opération qui n'agisse pas sur le duodénum lui-même, elle a été proposée par M. Savariaud pour arrêter les hémorrhagies graves ou légères de l'ulcère duodénal. Or quelles sont les artères du duodénum ? Nous lisons à ce sujet dans le *Traité d'anatomie* de Testut : « Les artères du duodénum proviennent de deux sources : 1°) la gastro-épiploïque droite jette d'abord quelques rameaux sur la portion initiale du duodénum. Puis, elle fournit une branche plus volumineuse, la pancréatico-duodénale supérieure qui descend sur le côté interne de la deuxième portion du duodénum, jusqu'à sa portion transversale où elle s'anastomose avec la pancréatico-duodénale inférieure venue de la mésentérique supérieure. » Ainsi se trouve formé l'arc artériel pancréatico-duodénal qui chemine parallèlement

à la courbure du duodénum sur la tête du pancréas. De sa convexité partent un grand nombre de rameaux et de ramuscules qui se portent : les uns sur la face antérieure du duodénum, les autres sur sa face postérieure.

On voit donc par ce court résumé que le duodénum reçoit des artères fort nombreuses. M. Savariaud propose de lier la pancréatico-duodénale et il indique deux procédés : l'un qui consiste à suivre l'artère hépatique, à lier au besoin la gastro épiploïque droite et à arriver enfin sur la pancréatico-duodénale, l'autre qui va directement à la recherche de cette dernière en effondrant l'arrière-cavité des épiploons. Mais ces moyens chirurgicaux ne seront vraiment efficaces que lorsqu'une autre artère ne sera pas en cause et il est bien difficile de le savoir.

β). — *Excision* — Paul Franke dans sa thèse propose cette excision de l'ulcère comme moyen de traitement des petites hémorrhagies. C'est une opération longue et délicate car il faut opérer sous le péritoine ; elle est de plus dangereuse car nous avons vu combien sont nombreuses les artères de cette région, dangereuses aussi par la présence du pancréas. Nous lui faisons encore un autre reproche, c'est de créer sur le trajet des aliments une plaie qui sera longue à guérir par suite de l'irritation continuelle qu'elle subira.

γ). — *Involution.* — W. Bennett cite un cas dans lequel il a replié sur elle-même la partie indurée et suturé le péritoine, les suites furent bonnes. Cette opération est à rapprocher de celle qui consiste à inci-

ser l'ulcère et à replier celui-ci dans la lumière de l'intestin en suturant tout autour les parties saines.

δ) — *Divulsion digitale en cas de sténose.* — Nous ne ferons que mentionner cette opération brutale et dangereuse dont la mortalité, d'après Baston, atteint 40/100.

ε) — *Duodénoplastie.* — Proposée par Ladevèze dans sa thèse de Lyon (1900), la duodénoplastie « consiste à inciser longitudinalement le duodénum en faisant porter le milieu de l'incision sur le point le plus rétréci et à suturer la plaie ainsi faite dans le sens transversal. L'anneau cicatriciel devient ainsi la face postérieure du canal, les parties saines au-dessus et au-dessous de l'anneau deviennent la paroi antérieure. »

Elle présente, au dire de Ladevèze, les avantages suivants : 1° plaie unique, 2° mise au repos du duodénum, 3° elle permet de traiter directement l'ulcère par excision, grattage ou cautérisation, 4° elle détruit la sténose et permet de rétablir le cours des matières.

Malheureusement elle demande, au dire de l'auteur lui-même, des conditions nécessaires qui ne sont que rarement l'apanage des malades amenés dans les services de chirurgie : 1° duodénum abordable, libre d'adhérences serrées et vasculaires, 2° des parois duodénales pas trop épaissies, mais souples, mobiles et ne présentant pas de traces d'inflammation trop récente, 3° une lésion pas trop étendue. De plus il ne faut pas qu'il y ait coexistence de cancer ou simplement commencement de dégénérescence cancéreuse.

La duodénoplastie est évidemment une très bonne

opération puisque sur sept opérés, Ladevèze compte sept succès, mais elle n'en reste pas moins une opération dont les indications sont très limitées.

Elle a de plus, à notre avis, un très grave inconvénient, *elle ne met pas, quoiqu'on dise, le duodénum au repos*. Le lendemain même de l'opération les aliments passent sur la partie malade et l'irritent. Or dans l'ulcère du duodénum l'indication chirurgicale est d'empêcher le suc gastrique de venir en contact avec les parois malades. C'est en effet le suc gastrique qui produit les ulcérations et les entretient et de fait lorsque le suc gastrique ne passe plus par le duodénum les ulcérations guérissent et les malades recouvrent la santé.

Si au lieu d'un seul ulcère, nous avons affaire à plusieurs, que devient la duodénoplastie? Évidemment elle est inutile car, si appliquée à une seule plaie elle est simple, elle devient, dans le cas de plusieurs, extraordinairement compliquée et difficile.

Enfin dans les cas de sténose, d'ablation de l'ulcère par excision, grattage ou cautérisation, le chirurgien crée toujours une plaie qui s'irritera facilement par le passage des aliments et l'inconvénient reste le même.

ζ). — *Jéjunostomie en Y.* — Dans un article qu'il a eu l'amabilité de nous communiquer avant de le faire paraître, M. le Dr M. Baudouin propose une nouvelle opération dans les hémorrhagies duodénales, la jéjunostomie en Y. Laissons-le parler.

« Notre excellent ami, M. le professeur Monprofit (d'Angers) a insisté récemment sur les avantages de la

jéjunostomie en Y dans les cas de gastrite ulcéreuse et hémorrhagique interne. Sa manière de faire, imitée de celle de Maydl, est évidemment excellente. Elle nous a donné l'idée d'appliquer cette opération aux hémorrhagies duodénales graves, par ulcérations persistantes.

Dans un précédent bulletin, nous avons noté que l'exclusion complète du duodénum, après gastro-entérostomie, était probablement le meilleur procédé à employer pour lutter contre cette affection. Mais, s'il peut y avoir parfois des inconvénients à faire une section intestinale au niveau du pylore, il n'y en a pas, à ce que nous sachions, à le pratiquer au niveau du jéjunum. Donc la jéjunostomie en Y sera, pour l'affection dont nous nous occupons, à peu près toujours possible, quand, par définition, on ne voudra pas recourir à l'exclusion citée qui nous paraît au demeurant toujours bien préférable d'une façon générale (en raison de la dificulté d'obtenir un bon fonctionnement des bouches cutanées).

Il est facile de comprendre comment on pourrait obtenir la guérison, en pratiquant le jéjunostomie en Y.

Aucun aliment ne serait plus alors ingéré par la bouche et le pharynx, ne traverserait plus l'estomac et par conséquent ne parviendrait plus dans le duodénum. Cet organe serait mis de la sorte au *repos complet*, puisque la nourriture, préparée à l'avance, serait injectée directement dans le jéjunum.

D'un autre côté, par l'anastomose en Y, (stomie

intestinale) c'est-à dire la fixation du bout supérieur jéjunal sur le bout inférieur jéjunal, à une certaine distance de la nouvelle bouche (stomie cutanée), les sucs gastriques et intestinaux pourraient s'écouler facilement dans l'intestin grêle et contribuer à la digestion.

La lésion duodénale complètement guérie, on pourrait ensuite soit fermer simplement la nouvelle bouche, soit pour être plus certain encore, la transformer en bouche gastrique (stomie gastrique) en faisant une gastro-entérostomie en Y, comme l'ont signalé d'abord, Maydl, puis Monprofit, pour la gastrite ulcéreuse.

Évidemment, ce n'est là qu'un pis aller, car jamais la jéjunostomie ne pourra être comparée à la gastro-entérostomie (toutes les stomies cutanées sont déplorables comme les anus contre nature), mais il était bon qu'on en signalât dès maintenant l'usage possible. »

A cette opération nous ferons plusieurs reproches. C'est d'abord une opération longue, difficile et que bien des malades atteints d'ulcère duodénal, par conséquent faibles et cachectiques, ne pourront supporter.

Ensuite, comme le dit lui-même M. le Dr Baudouin, toutes les stomies cutanées sont déplorables, le malade mène une existence intolérable. Puis, une fois la lésion guérie, la bouche fermée, qui peut assurer qu'il ne persistera pas à cet endroit une fistule qui deviendra une nouvelle source de déboires pour le malade ?

Enfin, si les aliments ne passent plus par le duodé-

num le suc gastrique continue d'y passer et nous avons vu précédemment que c'était là la cause principale de l'apparition d'abord, de l'accroissement ensuite de l'ulcère du duodénum.

Pour toutes ces raisons nous ne pouvons donc admettre la jéjunostomie en Y que comme un pis aller, quand il ne restera plus d'autre moyen de sauver le malade.

## CHAPITRE IV

### De la gastro entérostomie.

#### 1° Indications.

Dans son ouvrage sur la gastro-entérostomie M. le Professeur Monprofit énumère ainsi les indications de cette opération dans l'ulcère du duodénum : « Cette opération est indiquée, d'après Ladevèze, toutes les fois que le duodénum est inabordable, caché derrière un rempart épais de tissu sclérosé ou qu'il est fortement adhérent aux organes voisins, ou enfin lorsque l'épaisseur de ses parois sclérosées formant une véritable tumeur ne permet pas une intervention directe. A mon avis on peut étendre sans crainte ces indications à tous les cas d'ulcères invétérés, car aucune autre intervention ne vaut ici l'anastomose, si l'on excepte l'exclusion, d'ailleurs plus grave, car Ladevèze a accordé une place trop prépondérante à la duodénoplastie. »

Pour M. le professeur Monprofit, la gastro-entérostomie est le vrai traitement des affections ulcéreuses bénignes du duodénum et le vrai palliatif des affections malignes du duodénum, tête du pancréas, etc.

Il es évident que pour les partisans de la duodénoplastie cette dernière opération devrait être indiquée chaque fois que le duodénum était abordable, libre, et que l'ulcère n'avait pas trop altéré ses parois. Nous avons déjà dit pourquoi cette opération ne nous semblait pas être l'opération de choix dans l'ulcère du duodénum et nous nous rallions à l'opinion de M. le professeur Monprofit pour préférer la gastro-entérostomie dans tous les cas d' « ulcères invétérés ».

Quels sont ces cas? Autant dire de suite que ce sont tous les cas d'ulcères du duodénum, c'est-à-dire tous ceux que les soins médicaux ne seront pas arrivés à guérir. Or, nous avons vu dans le court aperçu du traitement médical combien sont rares les cas d'ulcères intestinaux guéris par ce traitement, trois cas seulement cités!

### 2° Avantages.

La gastro-entérostomie procure au malade les avantages suivant:

*a).* — Dans l'ulcère en pleine activité:

*Repos du duodénum,* puisque les aliments ne pas seront plus désormais par cette voie, par suite *cessation des douleurs* provoquées par l'irritation et l'entretien de l'ulcère, *cessation des vomissements* puisque les aliments passeront librement par une voie nouvelle, *cicatrisation de l'ulcère,* délivré de toute irritation, et *cessation des hémorrhagies,* vomissements de sang et melœna. Or, comme d'une part l'ulcère tend à se

cicatriser, comme d'autre part la nouvelle voie de dérivation offerte aux aliments suffit dans tous les cas à l'alimentation du malade, celui ci se trouve dans les meilleures conditions possibles de guérison.

*b).*— Dans la sténose provoquée par un ancien ulcère les grands symptômes sont les suivants : stagnation des aliments dans l'estomac, par suite dilatation parfois énorme de celui-ci, mouvements péristaltiques du viscère qui tendent à chasser les aliments qu'il contient, vomissements, puisque seule la voie œsophagienne reste ouverte, enfin cachexie rapide du malade qui ne se nourrit pas.

La gastro-entérostomie en ouvrant une voie de dérivation vers l'intestin, supprime du même coup tous ces symptômes et guérit le malade.

Nous concluons donc à l'utilité de la gastro-entérostomie sitôt que le traitement médical aura montré son impuissance, c'est-à-dire dans presque tous les cas d'ulcère du duodénum. Elle est la seule opération qui soit vraiment *applicable* à tous les cas, qui *réalise toutes les conditions de guérison de l'ulcère,* et chaque fois qu'une cause imprévue ne vient pas apporter un trouble aux suites normales de l'opération, celle-ci, seule, soulage vraiment le malade.

### 3° A quel genre de gastro-entérostomie convient-il de recourir ?

Nous n'avons pas la prétention d'indiquer ici à l'exclusion des autres un procédé unique de gastro-entérostomie dans l'ulcère du duodénum. Entre les mains

du praticien, tous les procédés sont bons puisqu'ils conduisent au même but. Nous nous contenterons donc de voir quels sont les moyens employés par les divers chirurgiens dont nous publions les observations et d'énoncer les avis divers qu'ont bien voulu nous communiquer nos maîtres.

Si nous faisons le relevé des différents modes opératoires publiés dans les observations que nous reproduisons, voici ce que nous trouvons :

| | | |
|---|---|---|
| Gastr. ant. | antérieures . . . . . | 7 |
| » | postérieures : transmésocoliques. | 4 |
| » | » rétrocoliques . . | 3 |
| » | » sans mention . . | 1 |
| » | en Y . . . . . | 3 |
| | dont une avec exclusion. | |
| » | sans mention de procédé. . . . | 1 |
| | TOTAL. . . . | 19 |

De ce relevé, on peut conclure que jusqu'ici il n'y a pas de procédé de gastro-entérostomie spécialement applicable à l'ulcère du duodénum ou plutôt que tous les procédés sont également applicables puisque les succès sont également répartis.

Nous ne voulons pas cependant terminer ce chapitre sans énoncer les différents avis qui nous ont été communiqués à ce sujet.

M. le Dr M. Baudouin, de Paris, a fait paraître dans la *Gazette médicale de Paris* (1904) un article qu'il intitule : *L'exclusion du duodénum dans les hémorrhagies de cet organe*. Voici ce qu'on y lit :

« Tous ceux qui ont étudié l'affection désignée sous le nom d'hémorrhagies du duodénum savent que dans ces derniers temps on a cherché à traiter chirurgicalement cette maladie. Des thèses importantes ont été publiées sur ce sujet, thèses qu'il est d'ailleurs inutile de rappeler dans cette courte note, simplement destinée à prendre date.

Plusieurs opérations ont été proposées : la duodénotomie exploratrice, la duodénoplastie, la pyloro-duodénoplastie, le curettage du duodénum, la gastro-entérostomie, etc. Mais il me semble que l'opération de choix doit être ici l'exclusion du duodénum qui empêche d'une façon absolue le courant des matières alimentaires de traverser cet organe et le met au repos d'une façon bien plus complète que ne le ferait la gastro-entérostomie elle-même.

C'est Codivilla, qui, le premier, paraît avoir eu recours à cette méthode en la conbinant avec la gastro-entérostomie (1).

Et, pour moi, le manuel opératoire qu'il faut préconiser en l'espèce, c'est l'exclusion combinée à la gastro-entérostomie par implantation double, c'est-à-dire en Y ; c'est elle en effet qui répond le mieux au but poursuivi.

Une fois la gastro-entérostomie par implantation double exécutée, soit en avant, soit en arrière, suivant les circonstances, de telle façon que la seconde implantation ne consiste en réalité qu'en une implan-

1. Obs. X.

tation pour le drainage du duodénum, c'est-à-dire soit fait le plus bas possible (pour éviter le recul, peu probable d'ailleurs, des aliments), il suffira pour réaliser ce que l'on désire de sectionner le duodénum immédiatement après le pylore et de suturer les deux extrémités de la section intestinale.

Cette exclusion terminée, le duodénum sera isolé; les matières alimentaires n'y viendront plus, et l'organe mis presque au repos, les lésions qui ont causé l'hémorrhagie pourront se cicatriser le plus commodément du monde. Partant la guérison sera plus sûre qu'avec la seule gastro-entérostomie qui n'assure pas au même degré certainement l'inactivité de l'organe. »

M. le professeur Monprofit, d'Angers, après avoir déclaré que la gastro-entérostomie est le seul traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum s'exprime ainsi : « Je suis aussi absolument affirmatif sur ce point ci : c'est que la gastro-entérostomie en Y est *la seule indiquée en pareil cas*, l'abouchement latéral ne fera pas l'exclusion comme le fera l'Y qui procurera un repos absolu du duodénum ». Voici du reste ce que nous lisons dans la thèse d'un de ses élèves M. le Dr Kieffer : « Le procédé en Y de Roux qui est le plus long peut s'exécuter en 40 à 50 minutes, il peut ainsi convenir aux malades assez résistants, pour les autres il vaut peut-être mieux s'en tenir à des procédés plus prompts sans toutefois sacrifier à la vitesse l'exécution méticuleuse des divers temps de l'opération et les avantages que l'on peut retirer d'un procédé plus rationnel.

La gastro-entérostomie en Y semble parfaite au point de vue de la libre évacuation de l'estomac.

En réalité la suture verticale du jéjunum à l'estomac a pour effet de ne pas permettre au contenu gastrique de se vider dans l'anse duodénale et malgré les reproches que l'on a pu faire à ce procédé d'être long, complexe, d'augmenter même les chances d'infections nous partageons avec M. le professeur Monprofit les conclusions du Dr Favel sur ce sujet : « Si dans une opération palliative comme la gastro-entérostomie dans le cancer il n'y a pas lieu de se faire de reproches si l'opéré a quelques troubles dyspeptiques dans la suite, comme complication plutôt rare comme le reflux chronique, il n'en est pas de même dans la gastro entérostomie faite pour des maladies moins malignes, telles que la maladie de Reichmann, la gastro-sacchorée, la dilatation, l'ulcère. Ici il n'y a lieu de ne choisir qu'une méthode qui n'expose jamais le malade à des accidents pires encore que ceux pour lesquels il se fait opérer et, à mon avis, la méthode en Y de Roux est absolument la méthode de choix. »

Dans la thèse d'un autre élève du Dr Monprofit, M. le Dr Poussin, nous trouvons les conclusions suivantes :

« 1° Toutes les fois que la gastro-entérostomie sera indiquée, le procédé de choix nous semble être la gastro-entérostomie en Y, suivant la méthode de Roux de Lausanne.

2° Le seul reproche sérieux adressé à ce procédé « la durée trop longue de l'intervention » ne nous semble

pas mériter l'importance qu'on y a attribuée jusqu'à ce jour. Avec la pratique, le chirurgien parvient à rendre négligeable cette différence de durée.

3° Le procédé en Y donne un fonctionnement parfait, immédiat, ne comportant ni cercle vicieux, ni régurgitation de la bile, ni aucun des inconvénients avoués par les partisans de la gastro-entérostomie simple. »

Enfin M. le Dr H. Delagénière, du Mans, se montre partisan de la gastro-entérostomie rétro-colique. Voici ce qu'il nous écrit : « La gastro-entérostomie suffit dans le cas d'ulcère du duodénum et il n'est pas besoin de recourir à l'exclusion du duodénum, opération plus complexe et qui ne doit pas être plus efficace puisque la gastro-entérostomie, à elle seule, *suffit*.

La gastro-entérostomie rétro-colique est une opération plus simple que l'Y. Théoriquement elle est moins bonne, pratiquement elle me donne d'aussi bons résultats, donc jusqu'à nouvel ordre, je m'en contente, quitte à la transformer en Y, si j'avais des accidents de circulus viciosus dans la suite. »

Evidemment ces trois opérations sont excellentes et nous ne saurions accorder la priorité à l'une plutôt qu'à l'autre, mais si cependant nous devions nous déclarer catégoriquement, nous donnerions encore la préférence à la gastro-entérostomie en Y qui nous semble la plus rationnelle et devoir donner les meilleurs résultats.

## CONCLUSIONS

1° Dans l'ulcère du duodénum, on doit commencer par instituer le traitement médical et de préférence la diète absolue avec alimentation rectale.

2° Si, ce qui est l'ordinaire, ce traitement n'aboutit pas, on doit recourir au traitement chirurgical et en première ligne à la gastro-entérostomie qui, seule, réalise la mise au repos définitive du duodénum.

3° La gastro-entérostomie en Y nous semble préférable à toutes les autres parce qu'elle répond le mieux à toutes les indications et qu'elle semble devoir donner les meilleurs résultats.

---

Vu : le président de la thèse.
TERRIER

Vu : le Doyen
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

# BIBLIOGRAPHIE


Baudouin (M.). — *Gaz. médicale de Paris* (1904, 13 s. IV, n° 8).

Berg. — *Nord medic. ark.* Stockholm (1898, n. F. IX n° 22).

Codivilla. — *Bullet. dell. Scienz. medich.* Anno LXX, scr. 7, vol. IX et X.

Connell — *Lancet,* London, 1902, II.

Debove et Renault. — Ulcère de l'estomac. Paris, 92.

Devic et Roux. — Ulcère du duodénum. Lyon 1894 et *Lyon médical.* 1894.

Doyen. — Chirurgie de l'estomac et du duodénum.

Franke. — Uber die operation nach Heinecke bei Narbiger Pylorus und Duodenal stenose (*Thèse* Kiel, 1894).

Gros. — *Thèse* de Lyon (1897-98).

Jaboulay. — Duodénoplastie. *Lyon médical* (2 juillet 1899).

Kieffer. — Des accidents de la gastro entérostomie (*Thèse* Paris, 1903).

Ladevèze. — *Thèse*, Lyon (1900).

Loche. — Essai sur le traitement des affections de l'estomac et du duodénum (*Thèse* Paris, 1893).

Monprofit. — De la gastro-entérostomie (1904).

Pagenstecher. — *Deutsch. Zeit. f. Chir.*, août 1899. Die, chirurgische Behandlung der Duodenal gess schwür).

Pantaloni. — Chirurgie de l'estomac (15 cas de g.-e. rétrocolique post, en Y... etc...)

Poussin. — De la gastro-entérostomie en Y (*Thèse* Paris, 1903).

Rewidtzow. — *Meditz. obozr.* 1899, janvier.

Rydigier. — *Przegl, lik*, Krakow, 1884, XXIII.

Robin (A). — *Traité de thérapeutique.*

Savariaud. — Ulcère hémorrhagique de l'estomac et du duodénum (*Thèse* Paris, 1898 et *Gaz. hôpitaux*, 1899).

Tuffier. - *Bulletin société de chirurgie*, XXIII, 97-98.



Imp. des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.